

Т. М. Майкова

Т. М. Майкова

Особенности застосування препарату ламотрин для лікування хронічного головного болю з позицій концепції про центральну нервову збудливість

Науково-дослідний та діагностичний медичний центр «Головний біль» (Дніпропетровськ)

Проведено проспективне рандомізоване дослідження ефективності ламотрину у пацієнтів з первинним головним болем напруження і хронічною мігренню. Виявлено енцефалографічні критерії для призначення ламотрину та контролю ефективності лікування. Результати інтерпретовано з позицій наукового відкриття щодо саморегулювання головного мозку людини.

Lamotrin application peculiarities for chronic headache treatment from the position of central nervous excitability conception

Scientific consultative and diagnostic Headache center (Dnipropetrovs'k)

Prospective randomized research of lamotrin efficiency with the patients who suffered from tension headache and chronic migraine have been held. During the research we found out encephalographic criteria for lamotrin administration and treatment efficiency control. The results have been interpreted from the positions of scientific discovery about human brain selfregulation.

УДК 616.89–008.441.13–08–036.66–084

А. И. Минко, А. В. Бараненко

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины (Харьков)

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИТОПРОТЕКТОРА МИЛДРОНАТ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Одной из важнейших задач терапии состояний алкогольной зависимости является стабилизация ремиссии и профилактика ранних рецидивов [1]. Это позволяет пациенту максимально восстановить социальное функционирование и другие жизненные составляющие, нарушенные во время активного злоупотребления алкоголем. Кроме того, наличие терапевтических ремиссий после предыдущего лечения является важным условием для формирования мотивации к лечению [2].

Начальному периоду ремиссии, протекающему после купирования синдрома отмены алкоголя, свойственна значительная лабильность симптоматики: спонтанное или обусловленное различными обстоятельствами появление астенической симптоматики с выраженным вегетативным компонентом, частое обострение патологического влечения к алкоголю (ПВА) [3]. В период становления трезвости сохраняющиеся проявления ПВА зачастую приводят к возникновению ранних рецидивов.

Наибольшее внимание наркологов сегодня приковано к этапу становления ремиссии, так как именно в этот период закладываются предпосылки для создания трезвости [4, 5]. Кроме того, после устранения постинтоксикационных и абстинентных расстройств наступает время для диагностики и терапии часто более разнообразных и индивидуальных психических и соматических нарушений, выходящих за рамки синдрома отмены алкоголя.

Проводимая в этом периоде терапия, в первую очередь, направлена на дезактуализацию основного клинического симптомокомплекса синдрома зависимости — патологического влечения к алкоголю [6, 7]. Проявления ПВА в этом периоде характеризуются, прежде всего, выраженными аффективными и астеническими расстройствами [7]. Около 50–60 % пациентов, неоднократно проходивших стационарное лечение для купирования острых проявлений синдрома отмены алкоголя, на высоте сохраняющихся проявлений ПВА возвращаются к употреблению алкоголя в первые же сутки после выписки [8].

Алкогольная зависимость является примером полиморбидности. Наиболее часто повреждаются печень, поджелудочная железа, сердечно-сосудистая

система, периферическая и центральная нервная система. К тому же необходимо подчеркнуть важнейшую роль соматических нарушений в возобновлении ПВА и возникновении рецидивов болезни [9].

Для долгосрочного прогноза здоровья и жизни больных с алкогольной зависимостью патогенетически обоснованным является применение препаратов с метаболическим эффектом и минимальными побочными действиями.

Из современных препаратов для лечения алкогольной болезни, помимо общеизвестных, следует рекомендовать Милдронат. Препарат является азоналогом гамма-бутиробетаина (ГББ), он обратимо конкурирует за рецепторы ГББ-гидроксилазы — последнего фермента в цепи биосинтеза карнитина [10]. В результате этого снижается скорость транспорта жирных кислот в митохондрии и увеличивается их количество в цитоплазме, что является сигналом для клетки о невозможности окисления жирных кислот, и она активирует окисление глюкозы. Одновременно предупреждается накопление активизированных форм недоокисленных жирных кислот и улучшается транспорт АТФ из митохондрий [11]. Милдронат активирует два наиболее важных фермента в цикле аэробного окисления глюкозы: гексокиназу и пируватдегидрогеназу, предотвращающую ацидоз за счет уменьшения образования лактата.

Конкурируя за рецепторы ГББ-гидроксилазы, милдронат на 40 % снижает концентрацию карнитина, а уровень ГББ при этом возрастает в десятки раз. В результате, из-за стерического сходства молекул ГББ и ацетилхолина, происходит активация ацетилхолиновых рецепторов, что в итоге индуцирует синтез радикалов оксида азота NO. В результате этих изменений повышается энергетическая эффективность клеток, находящихся в условиях ишемии, что позволяет им оказывать противодействие эффектам, связанным с ограничением поступления кислорода в клетки [10, 11].

В условиях хронического воздействия этанолом в мембранах возникают адаптивные изменения, обуславливающие эффективное функционирование таких мембран в присутствии этанола и ряд негативных эффектов в его отсутствие. Так, например.

увеличение активности Na^+ , K^+ , АТФ-азы повышает потребление кислорода клетками, снижая тем самым их устойчивость к действию дополнительных патогенных факторов (гипоксия, инфекции и др.). При синдроме отмены этанола повышенная активность этой АТФ-азы ведет к нарушению внутриклеточного баланса, что обуславливает повышенный выброс катехоламинов из синапсом, а также значительные изменения активности Ca^{++} , АТФ-азы, кальмодулина, аденилатциклазы и других ферментов в мозге и других органах.

Увеличение уровня NO-радикалов нормализует тонус сосудов, если имел место их адренергический спазм, снижается периферическое сопротивление, уменьшается агрегация тромбоцитов, улучшается эластичность эритроцитов, в результате чего улучшается микроциркуляция.

Результаты ряда исследований показывают, что милдронат в суточной дозе 1,0 г в период ранней реабилитации после острых заболеваний ЦНС способствует регрессу симптоматики неврологического дефицита, восстановлению функциональной независимости, улучшению мозгового кровообращения путем перераспределения потока крови в пользу ишемической зоны и таким образом улучшает качество жизни.

Опыт применения Милдроната при астенических и субдепрессивных состояниях, в том числе и у больных с синдромом зависимости от алкоголя, делает обоснованным применение этого препарата у этой категории пациентов в качестве метаболической терапии [12].

Цель данного исследования — изучение эффективности Милдроната в комплексной терапии алкогольной зависимости в качестве средства для поддерживающей противорецидивной терапии.

Методы: клиничко-анамнестический, клиничко-психопатологический, опросник «Показатель качества жизни» Mezzich et al. (1999), количественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю по Н. В. Чередниченко — В. Б. Альтшулеру (1992) [13], шкала астенического состояния (Л. Д. Малкова, 1977) [14], самоотчет о количестве и частоте употребления алкоголя после завершения основного курса лечения, двухвыборочный критерий Уилкоксона [15].

Для проведения исследования было отобрано 30 пациентов мужского пола, средний возраст составил $(30,00 \pm 1,75)$ лет. У всех больных был диагностирован синдром зависимости от алкоголя (F 10.25 или F 10.26 согласно критериям МКБ-10), который характеризовался наличием периодического или постоянного влечения к алкоголю с утратой количественного контроля, симптомокомплексом отмены, анозогнозией, утратой альтернативных интересов. Толерантность к алкоголю не превышала 1,0 литра крепких спиртных напитков в сутки. Давность заболевания составила в основной группе $(4,00 \pm 0,51)$ года, в контрольной группе — $(3,90 \pm 0,69)$ года.

Исследуемые были разделены на две группы: 15 пациентов после завершения стандартной противоалкогольной терапии получали Милдронат в течение трех недель (основная группа), еще 15 человек, не получавших Милдронат, составили контрольную группу.

Милдронат применялся в дозировке по 0,5 г 4 раза в день (т. е. суточная доза составила 2000 мг).

Из исследования исключались лица с выраженной сопутствующей соматической патологией.

Обследование проводилось дважды: до начала проведения поддерживающей терапии и после ее окончания, на 21-е сутки исследования. Только диагностика по шкале астенических состояний (ШАС) проводилось трижды — до начала проводимой терапии, на 14-й день и после завершения терапии.

Самоотчет о потреблении спиртных напитков собирался по мере повторных обращений лиц, принимавших участие в исследовании, за наркологической помощью, либо во время посещений врача-нарколога в рекомендуемые сроки.

Во время проведения поддерживающей терапии, случаев употребления алкоголя не отмечалось в обеих группах обследуемых.

Данные обследования по опроснику «Показатель качества жизни» (Mezzich et al.) представлены в таблице 1.

Таблица 1

Данные обследования по опроснику «Показатель качества жизни» (Mezzich et al.) в основной и контрольной группах обследуемых до и после проводимой терапии

| Номер шкалы | Средние значения шкал, баллы** | | | |
|-------------|--------------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|
| | до проводимой терапии | | после проводимой терапии | |
| | Основная группа (I) | Контрольная группа (II) | Основная группа (I) | Контрольная группа (II) |
| 1 | 6,30 ± 0,87 | 6,00 ± 0,65 | 8,30 ± 0,87 | 7,10 ± 0,65 |
| 2 | 6,78 ± 0,81 | 6,64 ± 0,69 | 7,90 ± 0,73 | 6,90 ± 0,67 |
| 3 | 7,67 ± 0,40 | 7,40 ± 0,34 | 7,67 ± 0,40 | 7,30 ± 0,34 |
| 4 | 5,90 ± 0,31 | 5,73 ± 0,20 | 7,50 ± 0,31 | 6,75 ± 0,25 |
| 5 | 8,50 ± 0,97 | 8,00 ± 0,69 | 9,30 ± 0,97 | 9,18 ± 0,69 |
| 6 | 7,33 ± 0,38 | 6,73 ± 0,36 | 7,42 ± 0,38 | 6,92 ± 0,36 |
| 7 | 5,67 ± 0,79 | 5,64 ± 0,67 | 5,78 ± 0,91 | 5,81 ± 0,71 |
| 8 | 6,40 ± 0,89 | 6,40 ± 0,76 | 8,50 ± 0,59 | 6,82 ± 0,66 |
| 9 | 5,10 ± 1,32 | 4,56 ± 1,01 | 5,10 ± 0,97 | 4,75 ± 1,26 |
| 10 | 5,90 ± 1,19 | 6,10 ± 0,67 | 8,70 ± 1,19 | 7,90 ± 0,67 |

Условные обозначения шкал: 1 — физическое благополучие; 2 — психологическое/эмоциональное благополучие; 3 — самообслуживание и независимость в действиях; 4 — трудоспособность; 5 — межличностное взаимодействие; 6 — социо-эмоциональная поддержка; 7 — общественная и служебная поддержка; 8 — самореализация; 9 — духовная реализация; 10 — общее восприятие качества жизни.

** — средние величины представлены в формате «средняя арифметическая ± стандартная ошибка средней арифметической» ($M \pm m$)

Как можно заметить, показатели качества жизни среди пациентов основной и контрольной групп до начала проводимой терапии (рис. 1) практически не отличались. Средние значения показателя качества жизни и в основной, и в контрольной группе колебались в пределах 4,5–7,6 баллов. Минимально участники исследования оценили показатель по шкале «духовная реализация», максимально — «межличностное взаимодействие» и «самообслуживание и независимость в действиях».

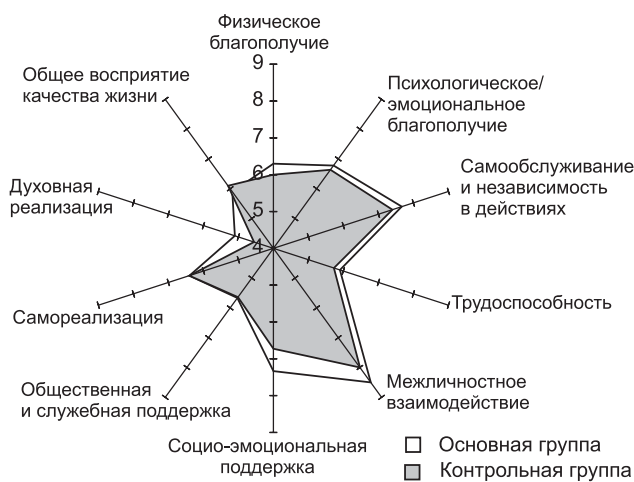


Рис. 1. Дані дослідження по опитувальнику «Показатель качества жизни» (Mezzich et al.) в основній і контрольній групах досліджуваних до початку терапії

Після проведеної терапії (рис. 2) пацієнти, що складають основну групу, відзначили значуще покращення. Відзначалося підвищення оцінки якості життя по пунктам «фізичне благополуччя» — $8,3 \pm 0,87$ балла в основній групі і $7,10 \pm 0,65$ в контрольній, «психологічне/емоційне благополуччя» — $7,90 \pm 0,73$ в основній групі і $6,90 \pm 0,67$ в контрольній, «трудоспособність» — $7,50 \pm 0,31$ в основній групі і $6,75 \pm 0,25$ в контрольній, «самореалізація» — $8,50 \pm 0,59$ в основній групі і $6,82 \pm 0,66$ в контрольній і «загальне сприйняття якості життя» (соответственно $7,62 \pm 0,48$ і $6,94 \pm 0,73$ балла).



Рис. 2. Дані дослідження по опитувальнику «Показатель качества жизни» (Mezzich et al.) в основній і контрольній групах досліджуваних після проведеної терапії

Ряд показників практично не змінився, в тому числі «публічна і службова підтримка» — $5,67 \pm 0,79$ балла в основній групі і $5,64 \pm 0,67$ в контрольній до початку терапії і $5,78 \pm 0,91$ в основній групі і $5,81 \pm 0,71$ в контрольній після проведення терапії, «духовна реалізація» —

$5,10 \pm 1,32$ і $4,56 \pm 1,01$ до початку терапії і $5,10 \pm 0,97$ і $4,75 \pm 1,26$ балла після її закінчення.

Дані дослідження з допомогою глосарія кількісної оцінки структури і динаміки патологічного влечення к алкоголю Н. В. Чердиченко — В. Б. Альтшулера в основній і контрольній групах до і після проведеної терапії представлені в табл. 2.

До початку проведеної терапії показники патологічного влечення к алкоголю в основній і контрольній групі не мали значущих відмінностей.

Таблиця 2

Показники дослідження по глосарію кількісної оцінки структури і динаміки патологічного влечення к алкоголю (Н. В. Чердиченко — В. Б. Альтшулер)

| Компоненти патологічного влечення к алкоголю | | Основна група $M \pm m$ | Контрольна група $M \pm m$ |
|--|----|-------------------------|----------------------------|
| Афективний | I | $4,94 \pm 0,36$ | $5,01 \pm 0,87$ |
| | II | $1,45 \pm 0,67$ | $3,7 \pm 0,81$ |
| Вегетативний | I | $4,55 \pm 0,4$ | $4,7 \pm 0,76$ |
| | II | $0,34 \pm 0,31$ | $0,65 \pm 1,26$ |
| Ідеаторний | I | $2,45 \pm 0,97$ | $2,29 \pm 0,67$ |
| | II | $0,35 \pm 0,38$ | $0,45 \pm 0,36$ |
| Поведенчеський | I | $1,80 \pm 0,79$ | — |
| | II | $1,75 \pm 0,89$ | — |

Примечания: I — до початку проведеної терапії; II — після проведеної терапії (через 21 день після початку дослідження)

Після проведеної терапії в основній групі відзначено більш виражене зниження показників афективного і вегетативного компонентів ПВА. Значення афективного компонента склали в основній групі $4,94 \pm 0,36$ балла до проведеної терапії і $1,45 \pm 0,67$ по закінченні терапії, в контрольній — $5,01 \pm 0,87$ балла до проведеної терапії і $3,70 \pm 0,81$ після. Значення вегетативного компонента ПВА склали в основній групі $4,55 \pm 0,40$ балла до проведеної терапії і $0,34 \pm 0,31$ після; в контрольній — $4,70 \pm 0,76$ до проведеної терапії і $0,65 \pm 1,26$ по закінченні терапії. Показник ідеаторного компонента в основній і контрольній групах не мав значущих відмінностей $0,35 \pm 0,38$ балла в основній групі і $0,45 \pm 0,36$ в контрольній. Проявлень поведенчеського компонента патологічного влечення к алкоголю після проведеної терапії не відзначено ні в основній, ні в контрольній групах.

Показники афективного компонента ПВА по Н. В. Чердиченко — В. Б. Альтшулеру в основній і контрольній групах досліджуваних до початку проведення підтримуючої терапії представлені на рис. 3. До початку терапії показники афективного компонента ПВА не мали суттєвих відмінностей. Після проведеної терапії в основній групі відзначалося достовірно більш виражене зниження показників субдепресивного стану ($0,48 \pm 0,17$ балла по порівнянню з $1,3 \pm 0,25$ балла в контрольній групі) і емоційної лабільності ($0,43 \pm 0,76$ по порівнянню з $1,00 \pm 0,21$ в контрольній).

Показники вегетативного компонента ПВА в основній і контрольній групах до і після проведення підтримуючої терапії представлені на рис. 4.

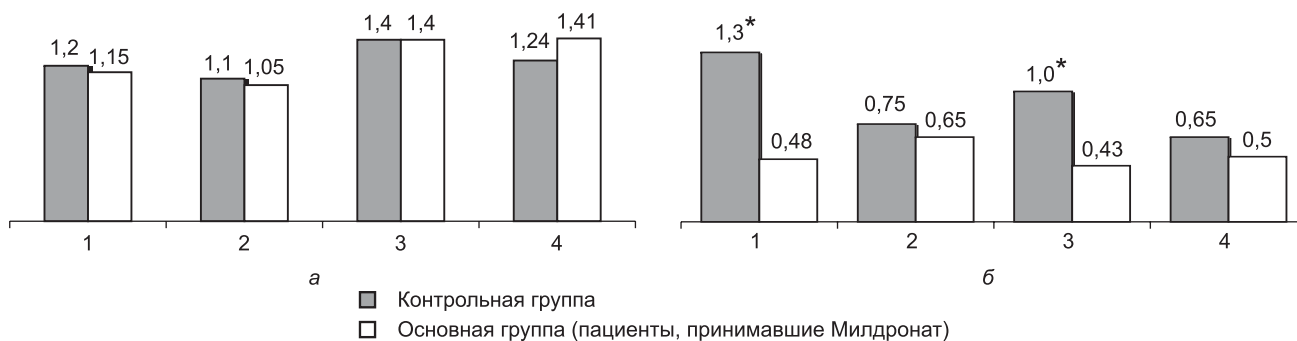


Рис. 3. Показатели аффективного компонента ПАВ по Н. В. Чередниченко — В. Б. Альтшулеру в основной и контрольной группах обследованных до начала (а) и после (б) проведения поддерживающей терапии:

1 — субдепрессивное состояние; 2 — тревога; 3 — эмоциональная лабильность; 4 — дисфория; * — различия достоверны для $p \leq 0,05$ по двухвыборочному критерию Уилкоксона

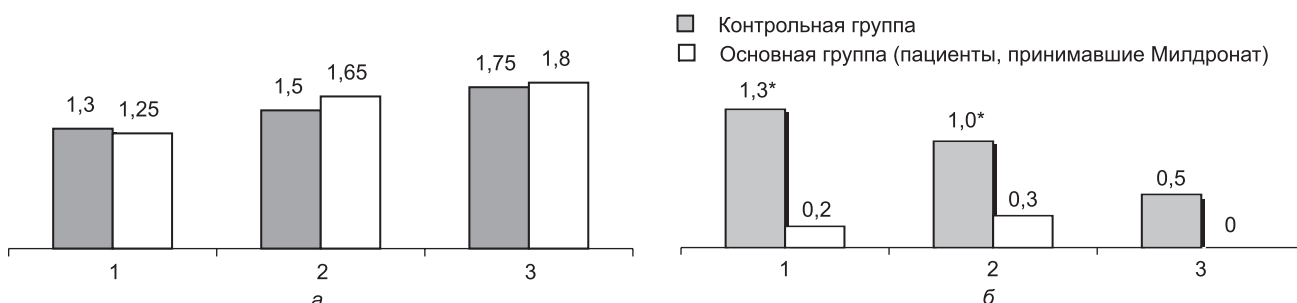


Рис. 4. Показатели вегетативного компонента ПАВ по Н. В. Чередниченко — В. Б. Альтшулеру в основной и контрольной группах обследованных до начала (а) и после (б) поддерживающей терапии:

1 — алкогольные сновидения, нарушения сна; 2 — мимические реакции (при обсуждении алкогольных тем); 3 — изменения аппетита; * — различия достоверны для $p \leq 0,05$ по двухвыборочному критерию Уилкоксона

До проводимой терапии показатели вегетативного компонента патологического влечения к алкоголю по Н. В. Чередниченко — В. Б. Альтшулеру в основной и контрольной группах не имели существенных различий.

Данные обследования по шкале астенического состояния (Л. Д. Малкова — Т. Г. Чертова) представлены на рис. 5.

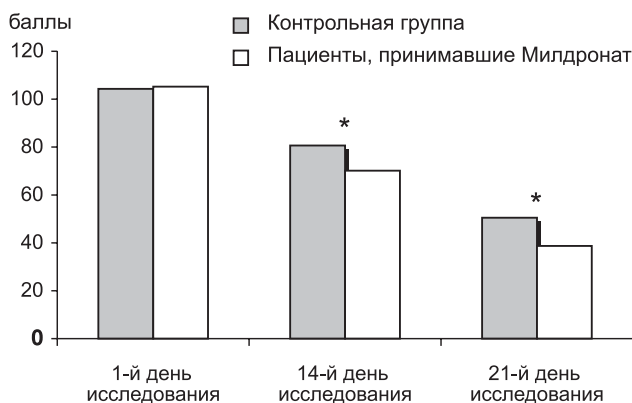


Рис. 5. Данные обследования по шкале астенического состояния (Л. Д. Малкова — Т. Г. Чертова)

Примечания: * — различия достоверны для $p \leq 0,05$ по двухвыборочному критерию Уилкоксона

В начале исследования в обеих группах наблюдался высокий показатель — $105,25 \pm 5,12$ балла в основ-

ной группе и $104,30 \pm 2,46$ балла в контрольной, что расценивается по данной шкале как выраженная астения. На 14-й день исследования в основной группе показатель составил $70,12 \pm 4,86$ балла (слабая астения); в контрольной — $80,65 \pm 4,21$ (умеренная астения). К концу исследования в основной группе было отмечено отсутствие астении ($38,70 \pm 3,34$ балла); в контрольной показатель составил $50,50 \pm 4,56$ балла (промежуточное состояние между слабой астенией и отсутствием астении).

Самоотчет о потреблении алкоголя включал в себя следующие пункты: день возобновления приема алкогольных напитков, количество употребляемого алкоголя.

Количество случаев возобновления употребления спиртных напитков в основной и контрольной группах представлено на рис. 6.

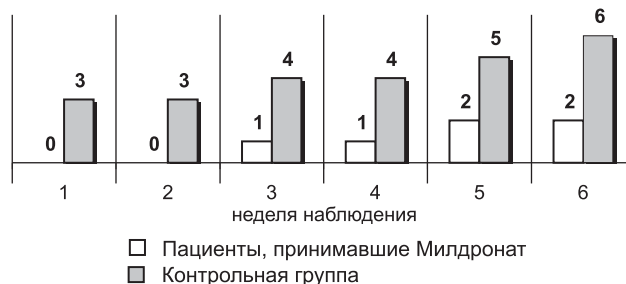


Рис. 6. Случаи рецидивов в основной и контрольной группах исследования

В контрольной группе случаи возобновления приема спиртных напитков были отмечены в течение первой недели после завершения терапии (практически на 2–3 день после госпитализации) — всего 3 случая. К концу третьей недели наблюдения количество рецидивов приема алкоголя составило 4 в контрольной группе и 1 в основной. Всего за время наблюдения в основной группе отмечено 2 случая рецидива (на 3-й и 5-й неделях после завершения терапии), в контрольной — 6.

Количество употребляемого алкоголя пациенты основной группы оценили как 0,4–0,5 л крепких спиртных напитков, контрольной — 0,75–1,0 л. Ввиду малого количества лиц, возобновивших прием алкоголя в основной группе исследования, нельзя с уверенностью утверждать о снижении под действием терапии Милдроната количества употребляемого алкоголя.

Среди пациентов, принимавших Милдронат, жалоб на какие-либо негативные последствия приема препарата отмечено не было.

Выводы

Назначение препарата Милдронат в комплексной терапии алкогольной зависимости на этапе становления ремиссии является целесообразным.

Милдронат в течение трех недель после завершения стандартной противополиальной терапии в дозировке — 0,5 г 4 раза в день (2000 мг в сутки) позволяет снизить количество рецидивов непосредственно после завершения основной терапии, быстрее купировать астенические проявления, сохраняющиеся на этапе становления ремиссии.

Милдронат при назначении лицам, зависимым от алкоголя, в период становления ремиссии позволяет снизить остаточные проявления патологического влечения к алкоголю.

Назначение препарата Милдронат в комплексной терапии алкогольной зависимости на этапе становления ремиссии позволяет повысить качество жизни лиц, зависимых от алкоголя.

Список литературы

1. Лекции по наркологии. Под ред. Н. Н. Иванца. — М.: Нолидж, 2000. — 435 с.
2. Громыко Д. И. Уровни мотивации к лечению и их зависимость от клинико-психологических характеристик больных алкоголизмом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Науч.-иссл. ин-т им. В. М. Бехтерева. — СПб., 2002. — 22 с.
3. Шабанов П. Д. Руководство по наркологии. — СПб.: Лань, 2002. — 560 с.
4. Ерышев О. Ф. Профилактика рецидивов при алкоголизме и наркоманиях. — Л., 1991. — С. 7–14.
5. Сиволап Ю. П., Савченков В. А. Фармакотерапия в наркологии / Под ред. Н. М. Жарикова. — М.: Медицина, 2000. — 352 с.
6. Альтшулер В. Б. Патологическое влечение к алкоголю. — М., 1994. — 216 с.
7. Гофман А. Г. Клиническая наркология. — М.: МИКПОШ, 2003. — 215 с.
8. Марынич И. Н., Быков Ю. В., Нежинский Б. В. Использование электросудорожной терапии для коррекции аффективных расстройств у больных алкогольной зависимостью с целью стабилизации ремиссии. — Опубликовано на веб-сайте «Российский психореаниматологический ресурс» <http://www.psychoreanimatology.org>. 2 сентября 2004 г.
9. Руководство по наркологии / Под ред. Н. Н. Иванца. — М.: ИД Медпрактика-М, 2002 — 504 с.
10. Калвиныш И. Метаболизм миокарда и ишемия // Матер. I междунар. мед. науч.-практ. конф. Метаболическая терапия

и применение милдроната в клинической практике, 18–20 апреля 2003 г. — Ялта: Grindex, 2003. — 16 с.

11. Мкртчян В. Р. Клиническая фармакология средств, улучшающих энергетический метаболизм миокарда: учебное пособие. — М.: МЗ России, 2003. — 24 с.

12. Милдронат в лечении алкоголизма / О. Г. Сыропятов, Н. А. Дзержинская, www.pharmindex.ru.

13. Чередниченко Н. В., Альтшулер В. Б. Количественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом // Вопросы наркологии. — 1992, № 3–4. — С. 15–17.

14. Малкова Л. Д. Изучение невротических астений в аспекте эмоционального стресса. — В кн.: Эмоциональный стресс и пограничные нервно-психические расстройства. — Л., 1977. — С. 72–76.

15. Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. — К.: Морион, 2000. — 320 с.

Надійшла до редакції 20.04.2006 р.

О. І. Мінко, О. В. Бараненко

Застосування цитопротектору мілдронат у комплексній терапії алкогольної залежності

*Інститут неврології, психіатрії та наркології
АМН України
(Харків)*

У статі розглянуті результати дослідження ефективності цитопротектора Милдронат у терапії алкогольної залежності на етапі становлення ремісії. У дослідженні брали участь особи молодого віку з діагнозом «Синдром алкогольної залежності» (F 10.25 або F 10.26 відповідно до критеріїв МКХ-10). Частина обстежених після закінчення основної протиалкогольної терапії отримувала Милдронат по 0,5 г 4 рази на день протягом трьох тижнів. Було відмічено достовірне покращання показника якості життя, зниження показників патологічного потягу до алкоголю, швидка редукція проявів астенії. У групі пацієнтів, що отримували Милдронат, спостерігалось значно менше випадків рецидивів зловживання алкогольними напоями, безпосередньо після закінчення терапії рецидивів не спостерігалось взагалі. На підставі результатів дослідження зроблено висновок, що призначення препарату Милдронат у комплексній терапії алкогольної залежності на етапі становлення ремісії є доцільним, дозволяє покращити якість життя осіб, що страждають на алкогольну залежність, та зменшити кількість рецидивів зловживання алкоголем.

A. I. Minko, A. V. Baranenko

Using of mildronate in complex therapy of alcoholic dependence

*Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology
of the AMS of Ukraine
(Kharkiv)*

In presented article results of research of efficiency mildronate in therapy of alcohol dependence are considered. In research participated persons of young age with the diagnosis "alcohol dependence syndrome" (F 10.25 or F 10.26 according to criteria ICD-10). The part surveyed after the termination of the basic therapy received mildronate on 0.5 g at 4 times a day during three weeks. Significant improvement of a parameter of quality of a life, reduction of a craving to alcohol, a fast reduction of asthenia displays have noted been. In group of the patients, that received mildronate, it was observed much less cases of relapses. On the basis of research results is drawn a conclusion, that preparation of mildronate at complex therapy of alcoholic dependence at a stage of becoming of remission is expedient. It assists to improve quality of a life of persons which suffer from alcoholic dependence, and to reduce amount of relapses.