

# ВЛИЯНИЕ НЕЙРОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ БЕЗ ЭЛЕВАЦИИ СЕГМЕНТА ST, ОСЛОЖНЕННЫЙ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

*И.В. Прихога*

*Луганский государственный медицинский университет*

**Ключевые слова:** качество жизни, острый коронарный синдром без элевации сегмента ST, острая левожелудочковая недостаточность, нейромодулирующая терапия.

Исследование качества жизни в медицине — уникальный подход, позволивший принципиально изменить традиционный взгляд на проблему болезни и больного. Качество жизни (КЖ), связанное со здоровьем, — интегральная характеристика физического, психологического и социального функционирования здорового или больного человека, основанная на его субъективном восприятии [1].

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) существенно ухудшают КЖ больных. Основными неблагоприятными факторами являются хроническое течение заболеваний, высокая инвалидность и вероятность фатальных осложнений. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о значительном снижении КЖ у больных ССЗ по сравнению со здоровым населением (популяционная норма). Так, в исследовании, выполненном в Швеции (Brink E. et al., 2002) [6], сравнивали КЖ 114 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) через 5 мес после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) с нормативными показателями в соответствующей по полу и возрасту выборке населения. Значимые различия получены по всем шкалам общего опросника SF-36, что свидетельствует о значительном ухудшении физического, психологического и социального функционирования больных ИБС, перенесших ИМ, по сравнению с популяционной нормой. В исследовании, проведенном в Великобритании [7], была изучена зависимость показателей КЖ пациентов с ИБС от функционального класса стенокардии. Использовали общий опросник SF-36. По результатам установлено, что с ростом функционального класса стенокардии в большей степени нарушается физическое функционирование, чем психологическое (статистически достоверные различия). Исходя из концепции пожизненного лечения больных ИБС,

возникает вопрос о необходимости подбора препаратов, не только улучшающих клиническое состояние и увеличивающих продолжительность жизни больных, но и не ухудшающих ее качества, а по возможности должны и повышать КЖ. Как только были подведены итоги и обнародованы результаты многоцентровых исследований, доказавших, что лечение ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) и бета-адреноблокаторами (БАБ) может существенно увеличивать продолжительность жизни при ИБС, немедленно возрос практический интерес к изучению КЖ. Его стали рекомендовать к рассмотрению как самостоятельный критерий оценки эффективности терапии [11], по значимости близкий к клиническим и не уступающий экономическим критериям [8].

Цель работы — количественная оценка влияния нейромодулирующей терапии на КЖ больных, перенесших острый коронарный синдром (ОКС) без элевации сегмента ST, осложненный острой левожелудочковой недостаточностью (ОЛЖН).

## **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Обследовано 200 больных с ОКС без элевации сегмента ST, которые находились на стационарном лечении в инфарктном и кардиологическом отделениях Луганской городской клинической многопрофильной больницы № 1 в 2004 — 2006 годах. Все были госпитализированы в течение первых 24 ч от начала ишемического приступа. Среди обследованных было 120 (60%) мужчин и 80 (40%) женщин в возрасте от 38 до 76 лет, средний возраст —  $(56,5 \pm 8,6)$  года.

Диагноз ОКС без элевации сегмента ST устанавливали на основании клинических, биохимических и электрокардиографических характеристик согласно критериям клинической классификации

ИБС, предложенной Украинским обществом кардиологов (1999) [2], изложенных в Рекомендациях по ведению пациентов с нестабильной стенокардией и инфарктом миокарда без элевации сегмента ST Американской ассоциации сердца и Американской кардиологической коллегии (1999) [5] и Европейским обществом кардиологов (2002) [3].

У всех пациентов во время госпитализации отмечены клинические проявления ОЛЖН по классификации Т. Killip, J.T. Kimball (1967): I класса — у 124 (62%) больных (составили 1-ю клиническую группу), II класса — у 46 (23%) (2-я группа), III — у 30 (15%) пациентов (3-я группа).

Диагноз эссенциальной гипертензии установлен у 150 (75%) пациентов: I стадии — у 54 (27%), II и III стадии — у 86 (43%) и 10 (5%) больных соответственно.

Все пациенты получали стандартную общепринятую терапию антиагрегантами: аспирином — по 100—160 мг/сут и/или клопидогрелем — 75 мг/сут, прямыми антикоагулянтами: нефракционированным гепарином (вводили внутривенно капельно с последующим переходом на подкожное введение) или эноксапаринном (подкожно в течение 3—7 сут), нитратами (нитроглицерином внутривенно капельно и/или изосорбида динитратом внутрь), статинами (симвастатином или аторвастатином — по 20 — 40 мг/сут). В качестве нейромодулирующей терапии использовали ИАПФ — эналаприл и БАБ — карведилол. С первых суток эналаприл назначали в начальной дозе 2,5 мг /сут, карведилол — 3,125 мг /сут. При отсутствии артериальной гипотензии через 12 ч после приема первой дозы повышали дозу эналаприла до 5 мг/сут (по 2,5 мг 2 раза в день), карведилола — до 6,25 мг/сут (по 3,125 мг 2 раза в день). В дальнейшем проводили ступенчатое повышение дозы эналаприла и карведилола каждые 2 — 3 дня до достижения целевых рекомендованных доз: эналаприла — 20 мг/сут, карведилола — 50 мг/сут.

Контрольную группу составили 30 больных со стабильной стенокардией напряжения II—III функционального классов (согласно классификации Канадской ассоциации кардиологов в модификации ВНКЦ АМН СССР). Группы были сопоставимы по полу, возрасту, индексу массы тела, длительности ИБС, длительности и стадии эссенциальной гипертензии.

Суточный ритм артериального давления (АД) определяли методом суточного мониторирования АД при помощи монитора «Cardio Tens» («Meditech», Венгрия). Электрокардиограмму (ЭКГ) покоя регистрировали в 12 отведениях на 6-канальном электрокардиографе NEC-6. Эхокардиографию (ЭхоКГ) в двухмерном режиме осуществляли с помощью ультразвукового сканера «Hewlett Packard» (США) с датчиком 2,5 МГц по стандартной методике согласно Рекомендациям Американского общества эхокардиографии (ASE). Уровень тропонина Т определяли ферментсвязанным иммуносорбентным методом количественно с помощью прибора «Cardiac Reader» («Roche Diag-

nostics Corporation», США). Толерантность к физической нагрузке оценивали с помощью велоэргометрии (ВЭМ) с применением опросника Борга [4] для характеристики степени выраженности субъективных ощущений, сопровождавших выполнение нагрузочной пробы.

КЖ оценивали с применением общего опросника «SF-36 Health Status Survey» [9], который состоит из 11 разделов и позволяет выяснить субъективную удовлетворенность больным своим физическим и психическим состоянием, социальным функционированием, а также отражает самооценку выраженности болевого синдрома. Результаты представлены в виде оценок в баллах по 8 шкалам. Они составлены таким образом, что более высокая оценка указывает на лучшее КЖ. Количественно оценивали такие показатели:

1. Физическое функционирование (PF) — отражает степень, в которой состояние здоровья лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, подъем тяжести и т. п.).

2. Физически-ролевое функционирование (RP) — влияние физического состояния на выполнение будничной деятельности, работы.

3. Физическая боль (BP) — ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома.

4. Общее состояние здоровья (YH) — оценка больным состояния своего здоровья в настоящий момент и перспектив лечения.

5. Жизненная сила (VT) — ощущение больным силы и энергии или обессиленности.

6. Социальное функционирование (SF) — степень, в которой физическое или психическое состояние ограничивает социальную активность.

7. Эмоционально-ролевое функционирование (RE) — в какой степени эмоциональное состояние мешает выполнению повседневной деятельности или работы.

8. Ментальное здоровье (MH) — характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

Результаты исследования обрабатывали, определяя для каждого вариационного ряда среднюю арифметическую величину «М» и стандартное отклонение «SD». Достоверность полученных данных устанавливали с помощью критерия t Стьюдента. Проводили корреляционный и регрессионный анализ показателей. Расчеты проводили на персональном компьютере при помощи пакета программ Excel 2000. Достоверными считались различия при значении  $P < 0,05$ .

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Через неделю 114 (57%) больным доза эналаприла была увеличена до 10 мг/сут, 74 (37%) — до 20 мг, 12 (6%) пациентам не удалось этого сделать из-за развития артериальной гипотензии и кашля; 110 (55%) больным доза карведилола была увеличена до 12,5 мг/сут, 64 (32%) — до 25 мг/сут, у 16 (8%) человек развились артериальная гипотензия

и выраженная брадикардия, поэтому для них доза осталась прежней. К концу исследования (8 нед) 10 мг/сут эналаприла получали 44 (22%) больных, 20 мг/сут — 144 (72%), 12 (6%) — 5 мг/сут; 25 мг/сут карведилола получали 46 (23%) больных, 50 мг/сут — 128 (69%), 12,5 мг/сут — 16 (8%) больных.

Показатели КЖ больных, перенесших ОКС без элевации сегмента ST, осложненный ОЛЖН, в сравнении с лицами контрольной группы, а также динамика через 8 нед лечения с использованием эналаприла и карведилола представлены в таблице.

Установлено значительное снижение КЖ у пациентов, перенесших ОКС без элевации сегмента ST, осложненный ОЛЖН, в сравнении с лицами контрольной группы. Исключение составили показатели общего психического здоровья, приближавшиеся к таковым у больных со стабильной стенокардией напряжения II—III ФК. Особенно ухудшались характеристики физического состояния, что очень ограничивало повседневную и трудовую деятельность. Высокой интенсивности достигал болевой синдром, у больных существенно снизилась активность и повысилась утомляемость. В целом показатель состояния физического функционирования в 1-й группе снижен по сравнению с группой контроля на 10,7% ( $P < 0,05$ ), 2- и 3-й группах — на 21,1 ( $P < 0,01$ ) и 34% ( $P < 0,001$ ) соответственно. Состояние физически-ролевого функционирования у больных 1-й группы было снижено по сравнению с группой контроля на 13,4% ( $P < 0,05$ ), 2-й и 3-й групп — на 22,6 ( $P < 0,01$ ) и 41,9% ( $P < 0,001$ ) соответственно. Состояние эмо-

ционально-ролевого функционирования у больных 1-й группы было снижено по сравнению с группой контроля на 12,1% ( $P < 0,05$ ), 2-й и 3-й — на 24,4 ( $P < 0,01$ ) и 37,4% ( $P < 0,001$ ) соответственно. Следствием этого явилось выраженное ограничение социального функционирования на 9% ( $P < 0,05$ ), 18,4% ( $P < 0,01$ ) и 28,3% ( $P < 0,001$ ) у больных 1, 2 и 3-й групп соответственно по сравнению с группой контроля.

В ходе исследования составляющих ментального здоровья отмечено, что у больных, перенесших ОКС без элевации сегмента ST, осложненный ОЛЖН, наблюдалась в отличие от лиц контрольной группы напряженность большинства механизмов психологической защиты. Больные 1-й группы по их мнению выглядели более здоровыми, чем в действительности. У больных 2-й и 3-й групп увеличилось чувство тревоги, внутреннего напряжения, ухудшилось настроение, внимание фиксировалось на состоянии своего здоровья. Таким образом, у пациентов 1-й группы чаще встречался астеноневротический синдром, а во 2- и 3-й преобладали тревожно-обессивный и депрессивно-ипохондрический синдромы.

В ходе анализа полученных данных установлена достоверная отрицательная корреляционная взаимосвязь ( $r = -0,45$ ;  $P < 0,01$ ) между показателями физического функционирования и возрастом больных (чем старше больные, тем ниже КЖ по этой шкале). Показатели по шкалам PF, RP, VT, SF, RE достоверно коррелировали с классом ОЛЖН ( $r = -0,46$ ;  $-0,49$ ;  $-0,48$ ;  $-0,49$ ;  $-0,45$ , соответст-

Таблица. Показатели качества жизни больных, перенесших острый коронарный синдром без элевации сегмента ST, осложненный острой левожелудочковой недостаточностью, до и после лечения ( $M \pm m$ )

Показатель шкалы SF-36	ОЛЖН I кл (n = 124)		ОЛЖН II кл (n = 46)		ОЛЖН III кл (n = 30)		Группа контроля (n = 30)
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	
Физическое функционирование (PF)	32,6 ± 2,5 <sup>2,3</sup>	42,5 ± 3,7 <sup>#</sup>	28,5 ± 2,3 <sup>1,3</sup>	36,2 ± 2,5 <sup>#</sup>	24,13 ± 2,2 <sup>1,2</sup>	30,2 ± 2,4 <sup>#</sup>	36,5 ± 2,7
Физически-ролевое функционирование (RP)	16,1 ± 2,5 <sup>2,3</sup>	16,8 ± 2,8	14,4 ± 2,3 <sup>1,3</sup>	15,2 ± 2,5	10,8 ± 2,1 <sup>1,2</sup>	11,3 ± 2,3	18,6 ± 3,3
Физическая боль (BP)	40,8 ± 5,3 <sup>2,3</sup>	52,7 ± 4,9 <sup>#</sup>	35,6 ± 4,3 <sup>1,3</sup>	44,8 ± 4,5 <sup>#</sup>	30,8 ± 3,8 <sup>1,2</sup>	39,6 ± 4,1 <sup>#</sup>	45,2 ± 4,4
Общее состояние здоровья (УН)	36,9 ± 3,5 <sup>2,3</sup>	46,3 ± 3,8 <sup>#</sup>	32,7 ± 3,3 <sup>1,3</sup>	40,2 ± 3,4 <sup>#</sup>	27,8 ± 3,2 <sup>1,2</sup>	34,8 ± 3,2 <sup>#</sup>	40,8 ± 3,7
Жизненная сила (VT)	35,5 ± 4,3 <sup>2,3</sup>	49,8 ± 4,9 <sup>#</sup>	30,4 ± 4,1 <sup>1,3</sup>	43,2 ± 4,3 <sup>#</sup>	25,3 ± 3,4 <sup>1,2</sup>	37,6 ± 4,1 <sup>#</sup>	43,6 ± 4,4
Социальное функционирование (SF)	50,5 ± 4,6 <sup>2,3</sup>	53,8 ± 4,9	45,3 ± 4,3 <sup>1,3</sup>	47,2 ± 4,4	39,8 ± 3,5 <sup>1,2</sup>	40,4 ± 4,0	55,5 ± 4,5
Эмоционально-ролевое функционирование (RE)	28,5 ± 3,3 <sup>2,3</sup>	29,4 ± 3,5	24,5 ± 3,2 <sup>1,3</sup>	26,4 ± 3,3	20,3 ± 3,0 <sup>1,2</sup>	22,1 ± 3,2	32,4 ± 3,8
Ментальное здоровье (MH)	47,7 ± 3,1	58,4 ± 3,7 <sup>#</sup>	47,3 ± 3,0	55,8 ± 3,6 <sup>#</sup>	47,1 ± 2,8	53,9 ± 3,4 <sup>#</sup>	49,8 ± 3,2

Примечание. Разница всех показателей, кроме ментального здоровья, достоверна в сравнении с контрольной группой.

Разница показателей достоверна в сравнении: <sup>1</sup> с 1-й группой; <sup>2</sup> со 2-й группой; <sup>3</sup> с 3-й группой;

<sup>#</sup> до и после лечения ( $P < 0,05$  —  $0,001$ ).

венно;  $P < 0,01$ ). Положительная корреляционная взаимосвязь с величиной фракции выброса (ФВ) ЛЖ была установлена для показателей шкалы физического функционирования ( $r = 0,45; 0,47$  и  $0,49$ , в 1, 2 и 3-й группах соответственно;  $P < 0,01$ ). Аналогично положительная корреляционная взаимосвязь с величиной ФВ ЛЖ была установлена для показателей шкалы физически-ролевого функционирования ( $r = 0,48; 0,50$  и  $0,52$ , в 1, 2 и 3-й группах соответственно;  $P < 0,01$ ). Также положительной корреляционной взаимосвязью с величиной ФВ ЛЖ характеризовались показатели шкалы социального функционирования ( $r = 0,50; 0,52$  и  $0,54$ , в 1, 2 и 3-й группах соответственно;  $P < 0,001$ ).

При повторном исследовании КЖ через 8 нед лечения отмечено статистически достоверное улучшение по шкалам физического функционирования, боли, общего здоровья, жизнеспособности и общего физического здоровья во всех трех группах. Изменения показателей КЖ по шкалам физически-ролевого, социального и эмоционально-ролевого функционирования были недостоверны.

Динамика показателей КЖ в значительной степени коррелировала с результатами нагрузочного теста на ВЭМ, в ходе которого количественно оценивались ощущения — одышка, общая слабость, утомляемость, сердцебиение и боль по опроснику Борга. Улучшение субъективной переносимости физической нагрузки в процессе лечения было тесно связано с повышением КЖ больных во всех трех группах по всем параметрам (в 1-й группе — PF:  $r = 0,62$ ; BP:  $r = 0,56$ ; YH:  $r = 0,64$ ; VT:  $r = 0,45$ ; SF:  $r = 0,57$ ; RE:  $r = 0,54$ ; MH:  $r = -0,54$ ;  $P < 0,001$ ; во 2-й — PF:  $r = 0,60$ ; BP:  $r = 0,54$ ; YH:  $r = 0,62$ ; VT:  $r = 0,42$ ; SF:  $r = 0,55$ ; RE:  $r = 0,52$ ; MH:  $r = -0,52$ ;  $P < 0,001$ ; в 3-й — PF:  $r = 0,56$ ; BP:  $r = 0,50$ ; YH:  $r = 0,58$ ; VT:  $r = 0,38$ ; SF:  $r = 0,50$ ; RE:  $r = 0,48$ ; MH:  $r = -0,48$ ;  $P < 0,001$ ).

Повышение результативности нагрузочного теста (увеличение времени педалирования) сопровождалось ростом удовлетворенности своей способности к физическому ( $r = 0,64; 0,62$  и  $0,58$ ;  $P < 0,001$ ) и социальному ( $r = 0,54; 0,52$  и  $0,48$ ;  $P < 0,001$ ) функционированию, увеличением «свободы от боли» ( $r = -0,60; -0,56$  и  $-0,52$ ;  $P < 0,001$ ) у больных 1, 2 и 3-й групп соответственно. Увеличение ФВ ЛЖ на фоне проведенной нейромодулирующей терапии прямо коррелировало с улучшением КЖ по шкале физического функционирования ( $r = 0,49; 0,45$  и  $0,42$ ;  $P < 0,01$ ) у больных трех групп соответственно.

При оценке суммарного показателя (QLcp) составляющих КЖ выявлено, что после лечения с использованием эналаприла и карведилола во всех трех группах наблюдается статистически достоверное улучшение состояния (QLcp = 1,7; 1,5 и 1,3) у больных 1, 2 и 3-й групп соответственно.

### ВЫВОДЫ

1. Количественные показатели КЖ объективно отражают особенности нарушений жизнедеятельности, зависят от класса ОЛЖН у больных с ОКС без элевации сегмента ST и могут учитываться при установлении уровня ограничения жизнедеятельности и степени утраты трудоспособности.

2. Повышение точности количественной оценки КЖ предусматривает отдельный анализ его физической, психоэмоциональной и социально-экономической составляющих.

3. Нейромодулирующая терапия с использованием эналаприла и карведилола достоверно улучшает КЖ больных, перенесших ОКС без элевации сегмента ST, осложненный ОЛЖН, по шкалам физического функционирования, боли, общего здоровья, жизнеспособности и общего физического здоровья.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине.— М.: Гэотар-мед, 2004.— 304 с.
2. Рекомендації з лікування хворих з гострими коронарними синдромами — Консенсус кардіологів України // Укр. кардіол. журн.— 2001.— № 2.— С. 48—51.
3. Bertrand M.E., Simoons M.L., Fox K.A.A. et al. Management of Acute Coronary Syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Task Force of the ESC // Eur. Heart J.— 2002.— Vol. 23.— P. 1809—1840.
4. Borg Y., Linderholm H. Exercise performance and perceived exertion in patients with coronary insufficiency, arterial hypertension and vasoregulatory ischemia // Asta Med. Sead.— 1970.— Vol. 17.— P. 17—26.
5. Braunwald E., Antman E.M., Beasley J.W. et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with unstable angina and non-ST-elevation myocardial infarction: executive summary and recommendations: report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Management of Patients with Unstable Angina) // Circulation.— 2000.— Vol. 102.— P. 1193—1209.

6. Brink E., Karlson B.W., Hallberg L.R.-M. Health experiences of first-time myocardial infarction: factors influencing womens and mens health-related quality of life after five months // Psychol. Health. Med.— 2002.— Vol. 17, N 1.— P. 5—16.

7. Dempster M., Donnelly M.A. Comparative Analysis of the SF-12 and the SF-36 among Ischemia Heart Disease Patients // J. Health Psychol.— 2002.— Vol. 6, N 6.— P. 707—711.

8. Erdmann E. Health economies and quality of the asues in heart failure / Foreword // Eur. Heart. J.— 1998.— Vol. 19 (Supple 1).— P. 1.

9. Jenkinson C., Jenkinson D., Shepperd S. et al. Evaluation of treatment for congestive heart failure in patients ages 60 years and older using generic measures of health status (SF-36 and COOP charts) // Age Ageing.— 1997.— Vol. 26, N 1.— P. 7—13.

10. Killip T., Kimball J.T. Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit: a two year experience with 250 patients // Am. J. Cardiol.— 1967.— Vol. 20.— P. 457—464.

11. Rector T.S. Measurement of clinical efficacy in studies of heart failure letter; comment // Circulation.— 1998.— Vol. 97.— P. 707.

**ВПЛИВ НЕЙРОМОДУЛЮВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ,  
ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ БЕЗ ЕЛЕВАЦІЇ СЕГМЕНТА ST,  
УСКЛАДНЕНИЙ ГОСТРОЮ ЛІВОШЛУНОЧКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ**

**І.В. Прихода**

Для кількісної оцінки якості життя хворих на гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST, ускладнений гострою лівошлуночковою недостатністю, порівняння її з такою у хворих на стабільну стенокардію напруження II—III функціонального класу, було вивчено якість життя в динаміці протягом 8 тиж лікування еналаприлом та карведілолом у 200 хворих із гострим коронарним синдромом без елевації сегмента ST. Якість життя виявилася значно зниженою, причому тим більше, чим вищий клас гострої лівошлуночкової недостатності. У процесі лікування встановлено достовірну позитивну динаміку складових якості життя в усіх трьох групах.

**INFLUENCE OF NEUROMODULAR THERAPY ON LIFE QUALITY  
IN PATIENTS AFTER ACUTE CORONARY SYNDROME WITHOUT ST-SEGMENT ELEVATION,  
COMPLICATED BY ACUTE LEFT VENTRICULAR FAILURE**

**I.V. Prikhoda**

With the purpose of quantitative assessment of life quality in patients with acute coronary syndrome without ST-segment elevation, complicated by acute left ventricular failure, its comparison with the same in patients with stable angina pectoris II-III functional class, life quality was investigated in dynamics during 8-week treatment by enalapril and carvedilol in 200 patients with acute coronary syndrome without ST-segment elevation. Life quality of patients with acute coronary syndrome without ST-segment elevation is considerably reduced and, the more, the higher class acute left ventricular failure. During treatment significant positive dynamics of life quality components in all 3 groups was revealed.