



## Роль электролитного дисбаланса в развитии сердечно-сосудистых заболеваний

*В последнее время особая роль в развитии и прогрессировании сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) отводится нарушениям электролитного баланса. Рассмотрению роли дефицита калия и магния в развитии ССЗ и эффективности применения препаратов калия и магния для устранения такого дефицита было посвящено выступление профессора кафедры семейной медицины и терапии Центральной государственной медицинской академии УД Президента РФ, д.м.н. Галины Анатольевны БАРЫШНИКОВОЙ.*

**В**норме в клетке содержится 150–160 ммоль/л калия и 1,62–2,55 ммоль/л магния, в сыворотке крови – 4,0–5,5 и 0,8–1,07 ммоль/л соответственно. Следует учитывать, что при нормальном содержании калия и магния в сыворотке крови может наблюдаться внутриклеточный дефицит указанных катионов. Суточная потребность в калии – 3600 мг. Потребность в магнии взрослого человека достигает 400 мг/сут и может увеличиваться до 450 мг/сут в период роста, у спортсменов, беременных и кормящих женщин.

Калий поступает в организм с пищей, магний – с пищей и водой. Между тем во многих регионах ежедневное потребление магния значительно ниже рекомендуемого. В индустриально развитых странах увеличивается число лиц с дефицитом магния. В США почти у 75% населения выявляется дефицит магния либо его уровень соответствует нижней границе нормы.

Магний называют природным антагонистом кальция, калий – природным диуретиком. Калий и магний участвуют в регуляции сосудистого гомеостаза. Они регулируют работу гепатоцитов, секрецию инсулина, нормальный сердечный ритм, участвуют в процессах коагуляции, агрегации и воспаления.

К наиболее распространенным причинам дефицита калия и магния относятся нерацио-

нальное питание с дефицитом в рационе продуктов, содержащих калий и магний; потери калия и магния при рвоте и хронической диарее, злоупотреблении сауной, кофе, алкоголем; повышенное выведение калия и магния при неправильном применении диуретиков, сердечных гликозидов, глюкокортикостероидов, ингибиторов протонной помпы и др.

Установлено, что более чем в 50% случаев клинически значимой гипокалиемии имеет место сопутствующий дефицит магния. Одновременный дефицит калия и магния может приводить к гипокалиемии, резистентной к лечению. Поэтому необходимо совместное введение калия и магния для корректировки гипокалиемии, особенно у лиц, принимающих петлевые и тиазидные диуретики.

Как для гипокалиемии, так и для гипомagneмии характерны колебания артериального давления, нарушения ритма сердца. Увеличение суточного потребления калия и магния достоверно снижает риск развития артериальной гипертензии на 18 и 23% соответственно.

Многочисленные данные свидетельствуют о том, что повышенное потребление как калия, так и магния сопровождается снижением частоты развития сердечно-сосудистых осложнений и смертности, инсульта, хрони-

ческой сердечной недостаточности, новых случаев сахарного диабета 2-го типа.

С учетом роли ионов калия и магния в развитии патологии в организме необходимость коррекции дефицита этих катионов очевидна. Методы коррекции дефицита калия и магния включают в себя диетические мероприятия и фармакотерапию. Обычно поступление необходимого количества калия и магния в организм обеспечивается рациональным питанием. При наличии отчетливых клинических или субклинических признаков дефицита калия и магния проводится фармакотерапия. При достаточно высокой частоте и выраженности сочетанного дефицита данных макроэлементов целесообразно применение комбинированных препаратов калия и магния (аспарагинат К-Mg).

Таким образом, важной составляющей современной клинической практики должен быть контроль электролитного, прежде всего калиево-магниевого, баланса. Его поддержание обеспечивает дополнительный терапевтический эффект у пациентов с артериальной гипертензией, сахарным диабетом, застойной сердечной недостаточностью, а также у больных с высоким риском развития мозгового инсульта и нарушений ритма сердца. 🍀