

3

Colesterolo alto e altri fattori di rischio secondari per la malattia cardiovascolare

Il programma vitaminico del Dr. Rath come prevenzione e terapia aggiuntiva

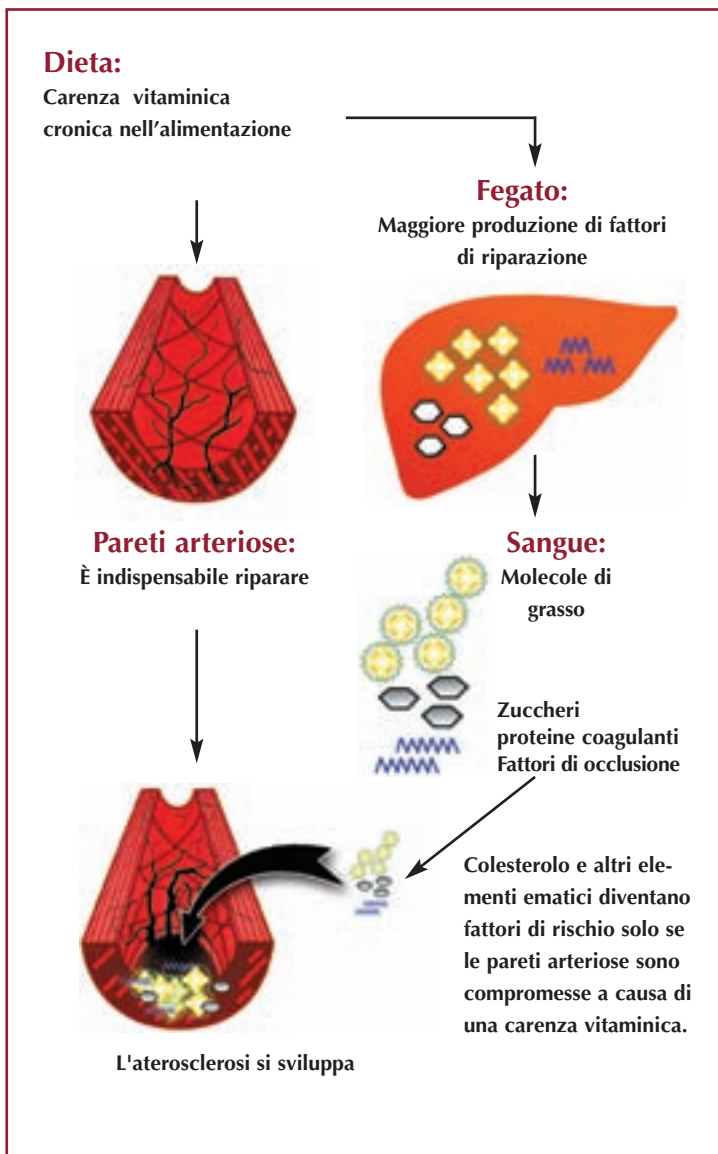
- **Il colesterolo è solo un fattore di rischio secondario**
- **In che modo il programma vitaminico del Dr. Rath aiuta i pazienti con alti livelli di colesterolo**
- **Studi clinici dimostrano l'efficacia dei nutrienti essenziali per la normalizzazione dei fattori di rischio**

Il colesterolo è solo un fattore di rischio secondario

In tutto il mondo, centinaia di milioni di persone presentano livelli ematici elevati di colesterolo, trigliceridi, LDL (lipoproteine a bassa densità), lipoproteina (a) e altri fattori di rischio. Tuttavia, il colesterolo e tutti gli altri fattori di rischio presenti nel sangue sono considerati solo fattori di rischio «secondari» perché possono danneggiare le pareti dei vasi sanguigni solo se queste ultime sono già indebolite da carenze vitaminiche. Quindi si può affermare che livelli elevati di colesterolo e altri fattori di rischio nel sangue non sono la causa della malattia cardiovascolare, piuttosto sono la conseguenza di un disturbo vascolare in atto.

La medicina convenzionale, che si basa sull'uso dei farmaci, si limita a trattare i sintomi della malattia cardiovascolare trascurando la causa di base: la debolezza dei vasi sanguigni. Nelle campagne pubblicitarie dei farmaci ipocolesterolemizzanti il colesterolo viene sbandierato come «capro espiatorio». Con la speranza di trovare una cura, milioni di pazienti ricorrono ai farmaci di ultima generazione di questa famiglia, le statine, che bloccano la sintesi del colesterolo, ma, l'indebolimento preesistente delle pareti dei vasi sanguigni continua a essere trascurato. Secondo l'edizione del 3 gennaio 1996 della rivista medica *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, è stato dimostrato che le statine causerebbero l'insorgenza del cancro e di altri eventi avversi gravi e «quando possibile dovrebbero essere evitate».

La medicina cellulare moderna offre una nuova interpretazione dei fattori responsabili dell'aumento del colesterolo e degli altri fattori di rischio secondari nonché la soluzione per scongiurarli in modo naturale. Colesterolo, trigliceridi, lipoproteine a bassa densità (LDL), lipoproteina (a) e altri prodotti del metabolismo sono fattori di riparazione ideali e le loro concentrazioni ematiche aumentano in risposta a un indebolimento strutturale delle pareti arteriose. Un indebolimento cronico delle pareti dei vasi sanguigni aumenta la richiesta e, quindi, la velocità di produzione di queste molecole di riparazione nel fegato. Un'accresciuta produzione di colesterolo e di altri fattori di riparazione nel fegato aumenta la concentrazione di queste molecole nel sangue e, col tempo, le trasforma in fattori di rischio per l'insorgenza delle



Livelli elevati di colesterolo non sono la causa ma la conseguenza delle patologie cardiovascolari.

patologie cardiovascolari. Perciò, il rimedio fondamentale per abbassare il colesterolo e gli altri fattori di rischio secondari nel sangue è quello di stabilizzare le pareti arteriose e, di conseguenza, ridurre la richiesta del metabolismo di una maggiore produzione di questi fattori di rischio nel fegato. Di conseguenza non deve sorprendere se il programma vitaminico del Dr. Rath stimola il rafforzamento delle pareti arteriose e favorisce contemporaneamente la naturale riduzione del livello ematico del colesterolo e degli altri fattori di rischio. La medicina cellulare ci aiuta a comprendere meglio il modo in cui i diversi fattori influenzano il profilo dei fattori di rischio. I livelli ematici di colesterolo e di altri fattori di rischio sono geneticamente determinati e non possono essere modificati. I due fattori sui quali è possibile agire per ridurre i rischi sono la dieta e, soprattutto, l'assunzione di nutrienti essenziali specifici che regolano il metabolismo cellulare.

Ricerche scientifiche e studi clinici hanno già dimostrato l'importanza della vitamina C, della vitamina B3 (niacina), della vitamina B5 (acido pantotenico), della vitamina E e carnitina, oltre ad altri componenti del programma vitaminico del Dr. Rath, per abbassare i livelli ematici elevati di colesterolo e di altri fattori di rischio secondari.

Il programma vitaminico del Dr. Rath include particolari vitamine e altri nutrienti essenziali che contribuiscono a normalizzare i livelli elevati di fattori di rischio secondari. Questi nutrienti essenziali abbassano la velocità di produzione del colesterolo e di altre molecole di riparazione nel fegato e contemporaneamente contribuiscono a riparare le pareti arteriose.

Consigli ai pazienti con colesterolo alto e altri fattori di rischio secondari: abbassare il colesterolo senza prima stabilizzare le pareti arteriose è una terapia cardiovascolare insufficiente e infausta. Iniziate prima possibile ad incrementare la resistenza delle pareti arteriose seguendo il programma vitaminico illustrato in queste pagine. Di conseguenza, i livelli ematici di colesterolo e di altri fattori di rischio tenderanno a normalizzarsi. Nel caso in cui ne facciate uso, vi consiglio di sospendere il prima possibile l'assunzione di farmaci per abbassare il livello di colesterolo o di lipidi.

In che modo il programma vitaminico del Dr. Rath aiuta i pazienti con alti livelli di colesterolo

Il paragrafo seguente riporta alcune lettere ricevute da pazienti con colesterolo alto e altre alterazioni dei lipidi ematici che hanno tratto beneficio dal mio programma vitaminico. Condividete queste importanti informazioni con amici e colleghi per aiutarli a ridurre il livello di colesterolo in modo naturale evitando l'assunzione di farmaci contro il colesterolo che risultano nocivi. Nella maggior parte delle persone che iniziano a seguire il mio programma, i livelli ematici di colesterolo e di altri fattori di rischio diminuiscono subito. Conosciamo già il motivo di questo effetto; il mio programma di nutrienti essenziali riduce la velocità di produzione del colesterolo e degli altri fattori di rischio secondari nel fegato e di conseguenza riduce necessariamente i livelli ematici di questo fattore di rischio.

È da notare che nella fase iniziale del programma vitaminico, alcuni pazienti accusano un aumento transitorio delle concentrazioni di colesterolo. L'aumento dei livelli ematici di colesterolo non è la diretta conseguenza di un'accresciuta produzione di colesterolo ma deriva da altre fonti, principalmente dai depositi ateromatosi nelle pareti arteriose. Questo importante meccanismo fu descritto per la prima volta nel 1972 dalla Dr.ssa Constance Spittle nella rivista medica *The Lancet*. La Dr.ssa Spittle affermava che somministrando vitamine a pazienti affetti da disturbi cardiovascolari si registrava un aumento temporaneo dei livelli ematici di colesterolo, mentre, i livelli di colesterolo dei soggetti sani rimanevano invariati.

L'aumento temporaneo del colesterolo è un ulteriore segnale del processo di guarigione delle pareti arteriose e della diminuzione dei

Cosa dovrete fare:

- 1. Rifiutate la convinzione che il colesterolo sia la causa delle cardiopatie.**
- 2. Rafforzate le pareti arteriose con il programma vitaminico del Dr. Rath.**
- 3. Consumate più cereali, verdura e altri alimenti ricchi di fibra per «eliminare» naturalmente il colesterolo in eccesso.**
- 4. Suspendete l'assunzione di farmaci per abbassare il colesterolo!**

depositi di grasso. Il meccanismo che abbiamo descritto non si applica, ovviamente, solo al colesterolo ma anche a trigliceridi, LDL, lipoproteina (a) e altri fattori di rischio secondari che negli anni si sono depositati all'interno delle pareti arteriose e che lentamente sono stati rilasciati nel sangue.

In questo caso, ricordate che: l'aumento del livello di colesterolo che si verifica all'inizio del programma, può indicare l'eliminazione di depositi preesistenti nelle pareti arteriose. Dovreste continuare il programma vitaminico fino a quando, dopo svariati mesi, il livello di colesterolo nel sangue scende al di sotto dei valori iniziali. Una dieta ricca di fibre solubili (quali crusca d'avena, cereali e pectine) possono stimolare l'ulteriore diminuzione del colesterolo e degli altri fattori di rischio secondari nel sangue.

Le lettere che seguono documentano l'aumento e la seguente diminuzione del colesterolo nei pazienti che hanno seguito il Programma vitaminico del Dr. Rath.

*Gentile Dr. Rath,
ho iniziato ad assumere un prodotto a base di fibre nel febbraio 1994. **Il livello di colesterolo ha continuato ad aumentare passando da 280 a oltre 320 fino al maggio del 2004, quando ho cominciato a seguire il suo programma vitaminico.***

***Il livello di colesterolo è sceso a 180 e il rapporto HDL/LDL è normale, così come il livello dei trigliceridi.** L'aspetto più importante, però, è che la lipoproteina (a) è scesa da 15 a 1! Continuerò a seguire il suo programma per sempre.*

La ringrazio, Dr. Rath, per il suo lavoro nel campo delle terapie naturali come mezzo per diminuire il rischio di cardiopatia.

*Con molta gratitudine,
M.R.*

Gentile Dr. Rath,

ho 45 anni e dallo scorso dicembre seguo il suo programma a base di nutrienti essenziali. Assumo anche una bevanda a base di fibre. **Lo scorso aprile avevo un livello di colesterolo pari a 259. Nell'aprile di quest'anno, dopo aver seguito il programma per appena 4 mesi, il livello di colesterolo è sceso a 175!**

Dr. Rath, La ringrazio profondamente per avermi aiutato a ritrovare la salute e a vivere una vita più intensa.

Saluti,

M.W.

Gentile Dr. Rath,

la cardiopatia è una malattia ereditaria all'interno della mia famiglia e mio padre ha avuto il primo attacco cardiaco verso i trent'anni. A 19 anni feci un controllo del colesterolo dal quale è risultato che **avevo un livello di colesterolo pari a 392 mg/dl**. Il mio medico curante decise di non prescrivermi nessun tipo di farmaco quindi curai in modo particolare l'alimentazione e feci più esercizio fisico. Col passare del tempo il colesterolo rimaneva alto e il mio medico disse che era necessario cominciare una cura farmacologica. Rifiutai di iniziare la terapia e continuai a seguire la dieta e a fare esercizio fisico.

Quando all'età di 26 anni decisi di iniziare il suo programma vitaminico feci un esame per controllare il livello di colesterolo che risultò essere pari a 384. Cominciai immediatamente il programma, con una bevanda a base di fibre, e il colesterolo scese di 120 punti dopo un periodo di 6-10 settimane. **In quattro mesi il livello di LDL scese da 308 a 205**. Questo è un programma che seguo personalmente e continuo ad avere risultati positivi.

L'ho consigliato a familiari e amici.

Cordialmente
C.C.

Gentile Dr. Rath,

ho iniziato a prendere una bevanda a base di fibre nel settembre di due anni fa. All'epoca, il mio livello di colesterolo totale si aggirava sui 177 mg/dl. Nel giro di 90 giorni dimagrii di 9 kg e il colesterolo totale scese a 154.

In novembre dell'anno scorso, iniziai il suo programma vitaminico. Gli esami per l'assicurazione che ho fatto in febbraio di quest'anno indicavano un livello di colesterolo totale (CHOL) di 191, il livello dei trigliceridi pari a 244, il rapporto LDL/HDL di 4,09 e il rapporto CHOL/HDL di 6,8; tutti valori elevati. Ricordi che questo accadeva in febbraio.

In marzo e in giugno ho fatto due controlli del colesterolo. In entrambi i casi il livello di colesterolo totale era di 134. Un profilo lipidico fatto in luglio mostrava un tasso totale di colesterolo di 135, un livello dei trigliceridi pari a 180, un rapporto LDL/HDL di 1,47 e un rapporto CHOL/HDL di 6,8.

Il suo programma vitaminico cardiovascolare funziona!

*Cordialmente
L.M.*

Studi clinici dimostrano l'efficacia del programma vitaminico nella riduzione dei fattori di rischio nel sangue

Numerosi studi clinici hanno dimostrato l'effetto positivo della vitamina C sul livello ematico del colesterolo e di altri grassi. Oltre 40 di questi studi sono stati valutati dal Dr. Harrie Hemilä dell'Università di Helsinki, Finlandia. Nei pazienti con alti valori iniziali di colesterolo (oltre 270 mg/dl), è stato possibile abbassare i livelli di colesterolo del 20% somministrando vitamina C. Nei pazienti con valori iniziali di colesterolo basso o medi è stato riscontrato solo un lieve abbassamento del colesterolo oppure i livelli sono rimasti stabili.

In uno studio sponsorizzato dalla American Heart Association (Associazione di cardiologia americana), il Dr. B. Sokoloff ha dimostrato che da due a tre grammi di vitamina C al giorno potevano abbassare il livello ematico dei trigliceridi in media dal 50% al 70%. È stato dimostrato che la vitamina C aumentava la produzione di enzimi (lipasi) in grado di degradare i trigliceridi e abbassarne il livello.

Il Dr. Jacques e colleghi hanno dimostrato che i pazienti che assumevano 300 mg di vitamina C al giorno avevano un livello ematico di HDL molto più elevato rispetto a quelli che ne assumevano meno di 120 mg. Questo dato è particolarmente importante poiché l'HDL (lipoproteine ad alta densità) sono le molecole che trasportano i lipidi; infatti raccolgono il colesterolo e gli altri grassi dalle pareti arteriose e li trasportano al fegato dove sono eliminati. Questo è un altro modo in cui la vitamina C può favorire la riduzione dei depositi ateromatosi e la regressione dei disturbi cardiovascolari. Il Dr. W.J. Hermann e colleghi hanno evidenziato che somministrando vitamina E era possibile aumentare i livelli ematici dell'HDL.

Studi clinici successivi hanno dimostrato che altri componenti del programma vitaminico del Dr. Rath agiscono in sinergia con la vitamina C nell'abbassare il colesterolo e gli altri grassi nel sangue.

Questi componenti includono la vitamina B3 (niacina), vitamina B5 (acido pantotenico), vitamina E, carnitina e altri nutrienti essenziali. Quest'azione sinergica è un vantaggio importante rispetto all'assunzione di dosi elevate delle singole vitamine.

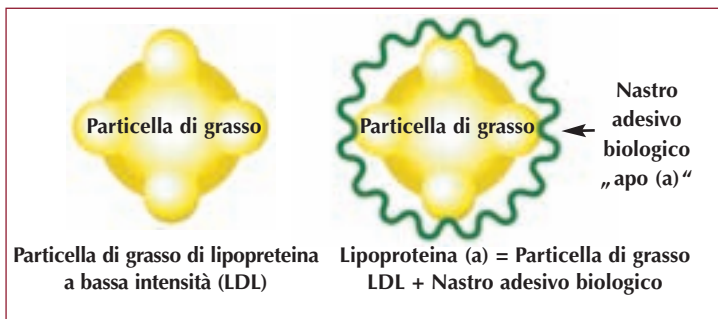
| Nutrienti cellulari testati | Riferimento |
|------------------------------------|------------------------------------|
| Vitamina C | Ginter, Harwood e Hemilä |
| Vitamina B3 | Altschul, Carlson e Guraker, Lavie |
| Vitamina B-5 | Avogaro, Cherchi e Gaddi |
| Vitamina E | Beamish e Hermann |
| Carnitina | Opie |

Lipoproteina (a), un fattore di rischio secondario dieci volte più pericoloso del colesterolo

Vorrei introdurre un fattore di rischio secondario molto importante, la lipoproteina (a). La lipoproteina (a) svolge originariamente una funzione molto utile: adempie a una serie di funzioni riparatrici, per esempio, durante la cicatrizzazione delle ferite. Tuttavia, se la parete arteriosa è indebolita da una carenza vitaminica prolungata, la lipoproteina (a) diventa un fattore di rischio dieci volte più pericoloso del colesterolo. Esaminiamo più da vicino in che modo le molecole di lipoproteina (a) sono diverse dalle altre molecole di grasso.

- **Il colesterolo e i trigliceridi** non galleggiano nel sangue allo stesso modo in cui il grasso galleggia nel brodo. Migliaia di molecole di colesterolo sono compresse insieme ad altre molecole di grasso e formano dei minuscoli globuli rotondi chiamati lipoproteine. Milioni di questi veicoli che trasportano i grassi circolano continuamente nel nostro organismo. Le lipoproteine più conosciute sono le lipoproteine ad alta densità (HDL o «colesterolo buono») e le lipoproteine a bassa densità (LDL o «colesterolo cattivo»).
- **Colesterolo LDL:** La maggior parte delle molecole di colesterolo nel sangue sono trasportate da milioni di particelle LDL. Trasportando il colesterolo e le altre molecole di grasso alle cellule del nostro organismo, l'LDL funge da veicolo molto utile per fornire nutrienti a queste cellule. L'LDL è stato denominato «colesterolo cattivo» perché fino a poco tempo fa i ricercatori credevano che l'LDL fosse la causa principale dei depositi di grasso nelle pareti arteriose. Questa convinzione è ormai sorpassata.
- **La lipoproteina (a)** è una particella LDL circondata da un'ulteriore proteina adesiva. Questo «nastro adesivo» biologico prende il nome di apoproteina (a) o in breve apo (a). La lettera (a) potrebbe, infatti, indicare «adesivo». L'adesivo apo (a) rende il globulo lipidico della lipoproteina (a) una delle particelle più adesive del nostro organismo.

Qual è la verità sulla lipoproteina (a)?



Confronto fra LDL e lipoproteina (a)

- La lipoproteina (a), non l'LDL, è la particella lipidica più importante responsabile dei depositi di colesterolo e di altri grassi nelle pareti arteriose.
- A causa delle sue proprietà adesive, la lipoproteina (a) è una delle molecole di riparazione più efficienti presenti nelle pareti arteriose e, in presenza di carenza vitaminica diventa uno dei fattori di rischio più pericolosi per l'aterosclerosi e i disturbi cardiovascolari.
- Una nuova valutazione dello studio di Framingham sullo scompenso cardiaco, uno degli studi più approfonditi sui fattori di rischio cardiovascolari condotto fino ad ora, ha evidenziato che la lipoproteina (a) è un fattore di rischio dieci volte più pericoloso per la malattia cardiaca del colesterolo o del colesterolo LDL.

In un organismo affetto da carenza vitaminica, la lipoproteina (a) diventa il più importante fattore di rischio secondario per:

- Cardiopatia coronarica e attacchi cardiaci
- Malattia cerebrovascolare e ictus
- Restenosi (occlusione) dopo un'angioplastica coronarica
- Occlusione degli innesti di bypass dopo un intervento di bypass coronarico

Il tasso di lipoproteina (a) è in primo luogo determinato geneticamente. Così come gli altri fattori a rischio secondari la lipoproteina (a) contribuisce ad aumentare il rischio di malattie cardiovascolari solo nel caso in cui le pareti dei vasi sanguigni siano divenute instabili in seguito ad una carenza cronica di vitamine. La seguente tabella dà dei punti di riferimento per l'interpretazione del tasso sanguigno di lipoproteina (a) in caso di carenza simultanea di vitamine.

| Lipoproteine (a) - Risultato d'analisi e rischio di malattie cardiovascolari | | |
|---|------------------------|---|
| <20 mg/dl | basso rischio | Valido solo in caso di carenza simultanea di vitamine! |
| 20-40 mg/dl | medio rischio | |
| >40 mg/dl | rischio elevato | |

Con la collaborazione di alcuni colleghi dell'Università di Amburgo, ho condotto ricerche sistematiche sulla lipoproteina (a) nelle pareti arteriose. Queste ricerche hanno dimostrato che le lesioni ateromatose nelle arterie umane sono in gran parte composte da lipoproteina (a) piuttosto che da molecole LDL. Inoltre, la dimensione delle lesioni ateromatose eguagliava la quantità di particelle di lipoproteina (a) depositate nelle arterie. Nel frattempo, questi risultati sono stati confermati da una serie di ulteriori studi clinici.

I livelli ematici di lipoproteina (a) variano molto da un individuo all'altro. Cosa sappiamo dei fattori che influenzano i livelli di lipoproteina (a) nel sangue? I livelli di lipoproteina (a) nel sangue sono un fattore determinato per ereditarietà e non possono essere influenzati da regimi alimentari particolari. Senza contare che nessuno dei farmaci ipolipemizzanti attualmente sul mercato contribuiscono ad abbassare i livelli di lipoproteina (a) nel sangue.

Le vitamine sono le uniche sostanze che fino ad ora sono state in grado di abbassare il livello della lipoproteina (a). Il professor Carlson ha dimostrato che da due a quattro grammi di vitamina B3 (niacina) al giorno sono sufficienti per abbassare i livelli della lipoproteina (a) fino a una percentuale del 36%. Poiché alti dosaggi di niacina possono provocare eruzioni cutanee, è consigliabile incrementare gra-

dualmente l'apporto giornaliero di questa vitamina. Il nostro studio ha dimostrato che la vitamina C da sola o in associazione con dosaggi inferiori di niacina possono inibire la produzione di lipoproteine e, di conseguenza, abbassarne il livello nel sangue.

Insieme a lisina e prolina, che fungono da agenti «Teflon», queste due vitamine possono ridurre in modo considerevole il rischio di affezioni cardiovascolari associate con i livelli di lipoproteina (a).

Approcci terapeutici per ridurre il rischio da lipoproteina (a)

1 Come abbassare i livelli ematici di lipoproteina (a)

- vitamina B3 (niacina)
- Vitamina C

2 Come ridurre la collosità della lipoproteina (a)

- Lisina
- Prolina

La lipoproteina (a) è una molecola particolarmente interessante per la sua relazione inversa con la vitamina C. È stata la scoperta seguente che mi ha spinto a fare ricerche sulle vitamine: le molecole di lipoproteina (a) si trovano principalmente negli esseri umani e in alcune specie animali che non sono in grado di produrre la vitamina C. Diversamente, gli animali in grado di produrre quantità ottimali di vitamina C non hanno bisogno della lipoproteina (a) in quantità rilevanti. Le molecole di lipoproteina (a) sembrano supplire a molte delle funzioni della vitamina C, come la cicatrizzazione delle ferite e la riparazione dei vasi sanguigni. I risultati di questa importante scoperta sono stati pubblicati nel 1990 dalla rivista medica *Proceedings of the National Academy of Sciences*, dove Linus Pauling veniva citato come co-autore di questa pubblicazione.

Il colesterolo, erroneamente accusato di essere la causa delle cardiopatie

Leggendo questo paragrafo, vi sarete sicuramente chiesti: «Ma allora, il colesterolo? E tutti gli articoli sul colesterolo sono solo

montature giornalistiche?» Sfortunatamente, è proprio così. Ecco alcune verità sconcertanti.

La comunità medica afferma che la causa delle malattie cardiovascolari va ricercata negli elevati livelli di colesterolo e di fattori di rischio nel sangue che danneggiano le pareti dei vasi sanguigni e provocano la formazione di depositi ateromatosi. Secondo quest'ipotesi, per prevenire le malattie cardiovascolari è necessario prima di tutto abbassare il colesterolo. Decine di milioni di persone in tutto il mondo seguono terapie a base di farmaci per abbassare il colesterolo sperando di poter scongiurare i rischi delle malattie cardiovascolari. È interessante osservare più da vicino le campagne pubblicitarie che si nascondono dietro questi farmaci.

Negli anni '70, l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) condusse uno studio internazionale per determinare se i farmaci ipocolesterolemizzanti avessero la capacità di diminuire il rischio di attacchi cardiaci. Alle migliaia di persone che presero parte allo studio fu somministrato il «clofibrato», un farmaco per abbassare il colesterolo. Lo studio non fu completato perché i pazienti ai quali fu somministrato il farmaco ipocolesterolemizzante manifestarono un numero troppo alto di effetti indesiderati. Alla fine, nell'interesse della salute e dell'incolumità dei partecipanti, lo studio su questo farmaco ipocolesterolemizzante fu sospeso.

All'inizio degli anni '80, fece notizia uno studio di ampio respiro che coinvolgeva oltre 3.800 statunitensi di sesso maschile. Lo studio si prefiggeva di determinare se la colestiramina, una sostanza che induce l'abbassamento del colesterolo, fosse in grado di ridurre il rischio di attacco cardiaco. A un gruppo di studio furono somministrati fino a 24 grammi (24.000 mg) di colestiramina al giorno per diversi anni. Al gruppo di controllo, invece, fu somministrato lo stesso dosaggio di un placebo (una sostanza di controllo priva di efficacia). Dai dati finali dello studio risultò che morì lo stesso numero di persone sia nel gruppo trattato con il farmaco ipocolesteromizzante che nel gruppo di controllo. Fra i pazienti trattati con il farmaco ipocolesteromizzante furono particolarmente frequenti gli incidenti e i suicidi. Chi aveva interesse a lanciare il farmaco sul mercato decise di ignorare questi dati e presentò lo stu-

dio come un successo. Il fatto che nel gruppo trattato col farmaco ci fosse un numero leggermente minore di casi di attacco cardiaco fu ostentato a conferma della relazione di dipendenza fra colesterolo e attacco cardiaco. Pochi si preoccuparono di valutare i dati dei decessi dello studio.

Verso la fine degli anni '80, fu introdotto un nuovo gruppo di farmaci ipocolesterolemizzanti che sembrava ridurre la produzione di colesterolo nell'organismo. Poco dopo, ci si accorse che questi farmaci non solo abbassavano la produzione di colesterolo nell'organismo ma anche la produzione di altre sostanze essenziali, per esempio l'ubichinone (coenzima Q10). Il professore Karl Folkers, dell'università del Texas a Austin, suonò il campanello d'allarme nella rivista medica *Proceedings of the National Academy of Sciences*. Il professor Folkers riferì che pazienti affetti da insufficienza cardiaca che facevano uso di questi farmaci ipocolesterolemizzanti rischiavano un deterioramento letale della funzione cardiaca.

Il 6 gennaio 1996, le industrie farmaceutiche produttrici dei farmaci ipocolesterolemizzanti subirono un forte contraccolpo. Quel giorno, il *Journal of the American Medical Association* pubblicò un articolo dal titolo «Carcinogenicity of Cholesterol-Lowering Drugs» (Cancerogenicità dei farmaci ipocolesterolemizzanti). Il Dr. Thomas Newman e il Dr. Stephen Hulley, dell'università della California, San Francisco Medical School, dimostrarono che la maggior parte dei farmaci ipocolesterolemizzanti sul mercato sono risultati cancerogeni nei test su cavie di laboratorio ai livelli attualmente prescritti a centinaia di migliaia di persone. Le conclusioni di questo articolo furono talmente allarmanti che gli autori si posero una domanda legittima: «Com'è possibile che la Food and Drug Administration (Amministrazione federale degli alimenti e dei prodotti farmaceutici) abbia permesso la vendita di questi farmaci a milioni di persone?» La risposta ci viene fornita dagli autori di questo studio: «Le industrie farmaceutiche che producono questi farmaci hanno minimizzato la gravità degli eventi avversi, aggirando gli ostacoli alla loro approvazione.»

Nella prima edizione del mio libro, pubblicata nel 1993, per la prima volta spiegavo a un vasto pubblico che gli animali non sono soggetti ad attacchi cardiaci perché producono abbastanza vitamina C e non perché hanno un basso livello di colesterolo. Gli attacchi cardiaci sono principalmente il risultato di una carenza vitaminica e non del colesterolo alto. Risultò subito evidente che i farmaci ipocolesterolemizzanti, i beta-bloccanti, i calcio-antagonisti e molte altre preparazioni farmaceutiche avrebbero alla fine preso il posto dei nutrienti essenziali nella lotta alle malattie cardiovascolari.

Il tempo necessario per raggiungere questo obiettivo sarebbe dipeso da un singolo fattore: con che velocità si sarebbe diffusa la consapevolezza della correlazione fra scorbuto e malattie cardiovascolari.



Le malattie inventate: *Come l'industria farmaceutica fa passare per malate delle persone sane.*
Il medico: *"... e li vedo ancora la sindrome pericolosa del benessere"*

Più di un decennio dopo l'inizio della lotta contro il mercato truffa dell'industria farmaceutica con i suoi ipocolesterolemizzanti, i mass-media hanno fatto una conversione a riguardo.

L'11 agosto 2003 il giornale "Der Spiegel" uscì con il titolo: "Le malattie inventate" e citò il cardiologo Harald Klepzig della Fondazione per il cuore di Francoforte:

"Saremmo felici se ci venisse presentato almeno un solo studio medico controllato, che dimostri che delle vite

umane potrebbero essere salvate attraverso l'abbassamento del tasso di colesterolo. Invece esistono una decina di studi che provano che, malgrado una diminuzione di grasso nel sangue, sussiste a maggior ragione un tasso di mortalità superiore alla normalità.

colari. I produttori di farmaci contro le malattie cardiovascolari sapevano che col tempo avrebbero perduto un mercato che fruttava miliardi di dollari. Questo mercato globale multi-miliardario dei farmaci incentrati sui sintomi è destinato inevitabilmente a crollare non appena milioni di persone impareranno che le vitamine e altri nutrienti essenziali sono la risposta al dilagare delle malattie cardiovascolari.

Queste sono le ragioni che spingono l'industria farmaceutica a spendere centinaia di milioni di dollari per combattere la medicina cellulare alternativa e naturale e a pubblicizzare farmaci che non curano ma che causano nuove malattie quali il cancro.

È solo una questione di tempo affinché le persone si rendano conto che le vitamine sono capaci di prevenire in modo efficace l'infarto cardiaco, e questo senza alcun effetto collaterale e a un minimo costo.

Ci si può aspettare che i pazienti non siano più disposti ad ingerire degli ipocolesterolemizzanti i quali effetti collaterali possono provocare gravi danni alla salute, come per esempio debolezza del muscolo cardiaco, disfunzioni al fegato e cancro.

Così come alcune persone vittime di cancro ai polmoni hanno sporto denuncia contro l'industria del tabacco, presto ci saranno dei pazienti vittime di effetti collaterali da ipocolesterolemizzanti che denunceranno i fabbricanti di questi farmaci.

I fatti delineati a seguito propendono per un divieto della commercializzazione di questi preparati.

Invito tutti i lettori che dubitano ancora che la salute di milioni di pazienti sia messa in pericolo dagli interessi finanziari dell'industria farmaceutica, a leggere la pagina seguente e a lasciarsi convincere.

“Il cancro è provocato dai farmaci ipocolesterolemizzanti”

Con questo titolo, il 3 gennaio 1996, la pubblicazione medica ufficiale, Journal of the American Medical Association, allarmò l'opinione pubblica di tutto il mondo. La bomba era esplosa. Il Dr. Thomas Newman e il Dr. Stephen Hulley dell'Università di San Francisco rivelarono che tutti i farmaci inibitori del colesterolo, assunti da diversi milioni di persone in tutto il mondo, erano potenzialmente cancerogeni, in particolare i cosiddetti fibrati e le statine (si veda sopra). Ai medici fu raccomandato di evitare queste medicine laddove possibile.

In questo articolo i due scienziati non stavano illustrando la propria ricerca. Il fatto era ben più sconvolgente. La loro relazione scientifica si basava su studi sperimentali completi sugli animali che gli stessi gruppi farmaceutici avevano presentato all'agenzia federale della sanità degli Stati Uniti, l'FDA (Food and Drug Administration), per ottenere la registrazione di questi farmaci. In tutti gli studi era stata riscontrata una percentuale allarmante di casi di cancro, una parte dei quali si verificava allo stesso dosaggio attualmente somministrato a milioni di pazienti.

Nel loro articolo sulla rivista medica, gli scienziati sollevarono inoltre la questione fondamentale: come è stato possibile che l'agenzia federale della sanità abbia permesso che queste medicine fossero registrate nonostante il loro effetto cancerogeno fosse chiaramente noto? L'incredibile risposta fu che le società farmaceutiche avevano minimizzato l'effetto cancerogeno a tal punto che le autorità rilasciarono l'autorizzazione.

I gruppi farmaceutici hanno carta bianca quando si tratta di autorizzazioni, poiché gli sperimentatori “indipendenti”, che appartengono all'organo che regola le autorizzazioni dei farmaci, sono quasi tutti sul libro paga dei gruppi farmaceutici, come ha rivelato Thomas Moore nel suo libro «Deadly Medicine» (Medicina mortale).

Naturalmente le agenzie di registrazione in Germania e negli altri Paesi debbono ora spiegare su quale base si vendano gli ipocolesterolemizzanti che provocano il cancro. Questi farmaci devono essere ritirati dal mercato immediatamente. Nessuno dovrebbe ignorare questi dati, come è già successo in passato con la talidomide.

Perché gli orsi non si sono estinti

Se fra i miei lettori c'è ancora qualcuno che crede che il colesterolo sia la causa di attacchi cardiaci, vorrei condividere le seguenti informazioni. Gli orsi, e milioni di altri animali che vanno in letargo, hanno un livello medio di colesterolo di oltre 400 mg/dl. Se il colpevole di attacchi cardiaci e ictus fosse veramente il colesterolo, gli orsi e gli altri animali che vanno in letargo si sarebbero estinti da tempo in conseguenza degli attacchi cardiaci. La ragione per la quale gli orsi sono ancora fra noi è semplice: il loro organismo è in grado di produrre grandi quantità di vitamina C che stabilizza le pareti arteriose in modo che non siano danneggiate dal colesterolo.

Il fatto che gli orsi non si sono estinti dimostra che:

1. Livelli ematici elevati di colesterolo non sono la causa primaria di aterosclerosi, attacchi cardiaci e ictus.
2. Raggiungere e mantenere la stabilità delle pareti arteriose attraverso un consumo ottimale di vitamine è più importante che abbassare il colesterolo e gli altri fattori di rischio nel sangue.
3. Il colesterolo e gli altri fattori di riparazione nel sangue possono diventare fattori di rischio solo se le pareti arteriose sono compromesse a causa di una carenza vitaminica cronica.



Programma vitaminico per pazienti con colesterolo alto e altri disturbi metabolici

Oltre al programma vitaminico di base (pag.26/27), i pazienti con alti livelli di colesterolo e altri disturbi metabolici dovrebbero assumere i seguenti elementi bioenergetici cellulari in dosaggi più elevati:

- **Vitamina C:** protegge e stimola la guarigione naturale delle pareti arteriose, riduce l'accresciuta produzione del colesterolo e degli altri fattori di rischio secondari nel fegato e riduce i livelli ematici elevati di questi fattori di rischio secondari.
- **Vitamina E:** fornisce una protezione antiossidante dei lipidi del sangue e di milioni di cellule.
- **Vitamina B1:** ottimizza il metabolismo cellulare, e in particolare, la distribuzione bioenergetica.
- **Vitamina B2:** ottimizza il metabolismo cellulare, e in particolare, la distribuzione bioenergetica.
- **vitamina B3:** riduce l'accresciuta produzione di colesterolo e di lipoproteine nel fegato.
- **Vitamina B5:** è un componente strutturale della molecola metabolica centrale delle cellule (coenzima A) e ottimizza la combustione metabolica delle molecole di grasso.
- **Vitamina B6, biotina e acido folico:** neutralizza l'aumento del fattore di rischio omocistina e ottimizza il metabolismo delle cellule.
- **Carnitina:** ottimizza il metabolismo cellulare dei grassi e riduce il livello dei trigliceridi.

PERCHÉ GLI ANIMALI NON SONO SOGGETTI AD ATTACCHI CARDIACI E GLI UOMINI SÌ!

Note