

3

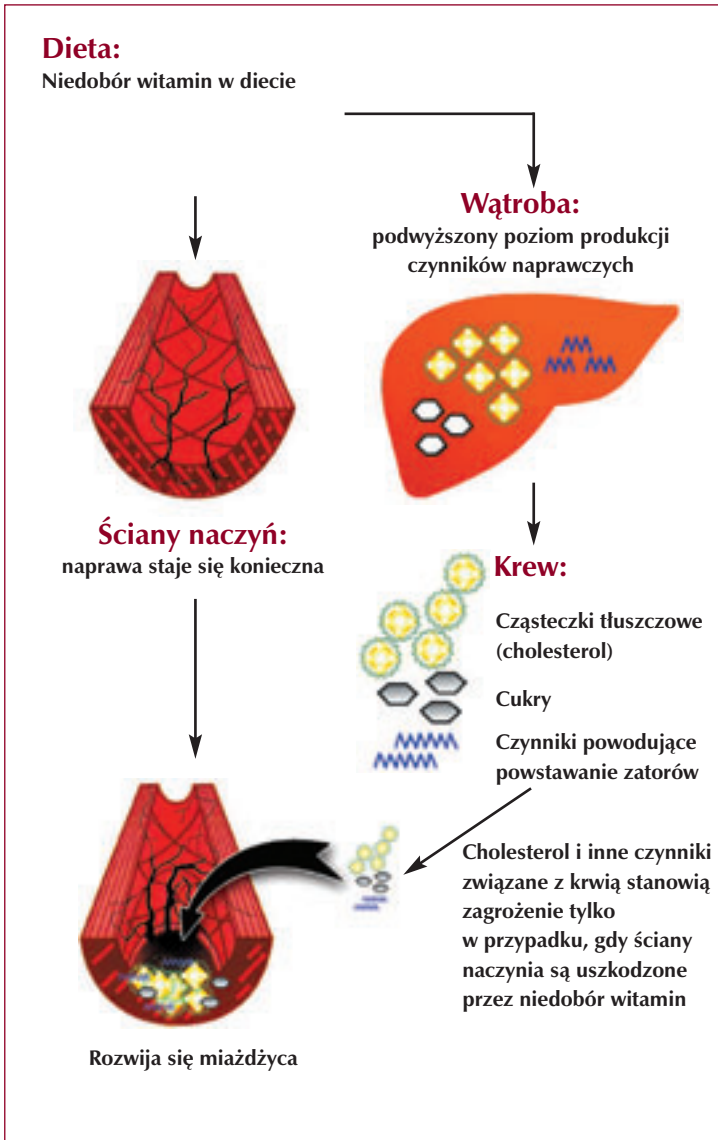
Wysoki poziom cholesterolu

i inne drugorzędne czynniki ryzyka w chorobie sercowo-naczyniowej
Komórkowe składniki odżywcze w zapobieganiu i terapii wspomagającej

- Cholesterol jest tylko drugorzędnym czynnikiem ryzyka
- Dlaczego Programy Zdrowia Komórkowego pomagają pacjentom z podwyższonym poziomem cholesterolu
- Badania kliniczne nad wybranymi składnikami odżywczymi przy zaburzeniach metabolizmu tłuszczów.
- Wykaz specjalnych komórkowych składników odżywczych przy zaburzeniach metabolizmu tłuszczów

Cholesterol jest tylko drugorzędnym czynnikiem ryzyka

- **U setek milionów ludzi na całym świecie** stwierdza się we krwi podwyższony poziom cholesterolu, trójglicerydów, LDL (lipoprotein niskiej gęstości), lipoproteiny (a) oraz innych czynników ryzyka. Wymienione czynniki krwi mają jednak tylko drugorzędne znaczenie, ponieważ, jak już poprzednio wyjaśniłem, rozstrzygającym faktorem ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia jest niestabilność ścian naczyń krwionośnych, wywołana długotrwałym niedoborem witamin. Z tego względu nazywamy je też czynnikami drugorzędnymi lub drugiej rangi. Podwyższony poziom cholesterolu, jak również inne czynniki ryzyka związane z krwią, nie są przyczyną choroby sercowo-naczyniowej, a konsekwencją rozwijającej się choroby naczyń. Moim zadaniem w tym rozdziale, będzie przedstawienie nowego rozumienia funkcji pełnionych przez drugorzędne czynniki ryzyka krwi.
- **Medycyna konwencjonalna, oparta na farmaceutykach**, ogranicza się do leczenia symptomów chorób układu krążenia a w głównej mierze do redukcji czynników ryzyka we krwi, ignorując ich główną przyczynę – osłabienie naczyń krwionośnych. Jako przyczynę podwyższonych wartości cholesterolu we krwi podaje się: uwarunkowane genetycznie zaburzenia metabolizmu tłuszczów i nieodpowiednią dietę. To rozumienie jest błędne i wymaga niezwłocznego uzupełnienia. Leżące u podstaw choroby osłabienie ścian naczyń krwionośnych pozostaje więc nie leczone. Najnowsze typy leków obniżających poziom cholesterolu – statyny, blokujące syntezę cholesterolu, stosowane są przez miliony ludzi w nadziei na poprawę stanu zdrowia. Tymczasem zgodnie z informacjami zawartymi w *Journal of the American Medical Association (JAMA)* (Magazyn Amerykańskiego Stowarzyszenia Medycznego), numer z 3 stycznia 1996 roku, statyny wywołują nowotwory, mają inne, poważne działania uboczne i powinno się „uniknąć ich, jeśli tylko jest to możliwe”.



Podwyższony poziom cholesterolu nie jest przyczyną, a skutkiem choroby sercowo-naczyniowej.

- **Nowoczesna medycyna komórkowa** prezentuje całkowicie nowy pogląd, dotyczący przyczyny wzrostu drugorzędnych czynników ryzyka we krwi i jednocześnie określa metody prewencji chorób serca. Cholesterol, trójglicerydy, lipoproteiny niskiej gęstości (LDL), lipoproteina (a) i inne produkty metabolizmu są idealnymi czynnikami naprawczymi, a ich poziom w krwi wzrasta w odpowiedzi na strukturalne osłabienie ścian naczyń. Sygnałem do podwyższonej produkcji tłuszczów krwi w wątrobie są więc uszkodzenia ścian tętnic. Chroniczny niedobór witamin i innych składników odżywczych prowadzi do wzmożonej, trwającej latami nadprodukcji molekuł naprawczych i odkładania się blaszek miażdżycowych. Medycyna komórkowa pozwala nie tylko na zrozumienie funkcji złożu miażdżycowego, czyli „wspornika” ściany arterii przy niedoborze witamin, ale również roli wymienionych, drugorzędnych czynników ryzyka, jako molekuł naprawczych w zubożałej w składniki odżywcze ścianie naczynia. Zapamiętaj, że tylko wtedy będziesz należał do grupy ryzyka chorób układu krążenia, jeżeli ściany Twoich tętnic osłabione będą przez długotrwały niedobór witamin i innych składników odżywczych! Tak więc trafne jest zaklasyfikowanie cholesterolu i innych tłuszczów krwi do grupy drugorzędnych lub podporządkowanych czynników ryzyka.

Najważniejszym sposobem na obniżenie poziomu cholesterolu i innych drugorzędnych czynników ryzyka w krwiobiegu jest stabilizacja ścian naczynia i obniżenie tym samym metabolicznego zapotrzebowania na zwiększoną produkcję tych czynników w wątrobie. Nie dziwi zatem fakt, że dzienny dodatek witamin i wybranych komórkowych składników odżywczych jest najlepszą naturalną metodą obniżenia produkcji, a tym samym poziomu czynników ryzyka we krwi.

Medycyna komórkowa pomaga pogłębić naszą wiedzę o różnych czynnikach wpływających na profil ryzyka danej osoby. Podstawowe poziomy cholesterolu i innych czynników ryzyka związanych z krwią są w Twoim organizmie określone genetycznie i nie mogą być zmienione. Istnieją jednak dwa sposoby obniżenia ryzyka choroby sercowo-naczyniowej: odpowiednia dieta i dostarczanie organizmowi niezbędnych składników, regulujących metabolizm komórkowy.

- **Badania naukowe i kliniczne** potwierdziły pozytywne oddziaływanie na czynniki ryzyka następujących składników odżywczych: witamina C, witamina B3 (kwas nikotynowy), witamina B5 (pantotenan), witamina E, karnityna.
- **Programy Zdrowia Komórkowego** zawierają wybór witamin i innych niezbędnych składników odżywczych, które pomagają obniżyć poziom drugorzędnych czynników ryzyka. Te niezbędne składniki redukują poziom produkcji cholesterolu oraz innych molekuł naprawczych w wątrobie, przyczyniając się w tym samym czasie do naprawy ścian naczynia.
- **Moje zalecenia** dla pacjentów z podwyższonym poziomem cholesterolu i innych drugorzędnych czynników ryzyka: obniżanie poziomu cholesterolu bez jednoczesnego ustabilizowania ściany naczynia jest terapią niewystarczającą i niewłaściwą. Rozpocznijcie tak szybko, jak to jest możliwe stabilizowanie ścian naczyń krwionośnych, postępując zgodnie z zaleceniami zawartymi w niniejszej książce. W konsekwencji unormuje się poziom cholesterolu i innych czynników ryzyka we krwi. Jeśli jesteś w trakcie kuracji lekami obniżającymi poziom cholesterolu lub lipidów, zachęcam Cię do jak najszybszego zaprzestania ich zażywania. Jednocześnie przypominam o nie odstawianiu zaordynowanych leków bez porozumienia z prowadzącym lekarzem, dotyczy to szczególnie pacjentów z ciężkimi zaburzeniami metabolicznymi!

„Cholesterolowa histeria” w Niemczech:

W interesie przemysłu farmaceutycznego, tylko w samych Niemczech wprowadzono całkowicie samowolne normy, dotyczące poziomu cholesterolu i jego dopuszczalnej granicy. Na ich podstawie ponad 8 milionów Niemców zaklasyfikowano jako: „chorych na cholesterol”.

Dlaczego Programy Zdrowia Komórkowego pomagają pacjentom z podwyższonym poziomem cholesterolu

Poniżej zacytowano listy wdzięcznych pacjentów z podwyższonym poziomem cholesterolu i innymi problemami lipidowymi. Ich relacje są świadectwem terapeutycznego działania komórkowych składników odżywczych w normalizacji podwyższonych wartości we krwi drugorzędnych czynników ryzyka. Proszę, podziel się tą informacją z przyjaciółmi i znajomymi, aby umożliwić im obniżenie poziomu cholesterolu za pomocą metod naturalnych i zaprzestanie zażywania szkodliwych leków.

Co powinieneś zrobić:

- 1. Pozbądź się fałszywego przekonania, że cholesterol powoduje choroby serca.**
- 2. Ustabilizuj ściany Twoich naczyń postępując zgodnie z moimi zaleceniami.**
- 3. Jedz więcej produktów zbożowych, warzyw i innych pokarmów bogatych w błonnik, aby „wypłukać” nadmiar cholesterolu z organizmu w sposób naturalny.**
- 4. Przestań zażywać leki obniżające poziom cholesterolu!**

U większości ludzi, którzy zaczęli realizować moje zalecenia, poziom cholesterolu i innych czynników ryzyka we krwi szybko spadł. Znamy już przyczynę takiego zjawiska: zaopatrzenie organizmu w komórkowe składniki odżywcze powoduje lepszą stabilność tkanki łącznej naczyń i redukuje zapotrzebowanie na molekuly naprawcze. Ich produkcja w wątrobie zostaje zminimalizowana a poziom we krwi zmniejsza się.

Co ciekawe, niektórzy pacjenci donoszą o przejściowym wzroście poziomu cholesterolu po rozpoczęciu terapii. Ponieważ wzrost poziomu cholesterolu we krwi nie jest rezultatem jego

zwiększonej produkcji w wątrobie, musi zatem pochodzić z innego źródła – przede wszystkim ze złogów miażdżycowych w ścianach naczyń. Ten ważny mechanizm został po raz pierwszy opisany przez dr Constance Spittle w medycznym czasopiśmie *The Lancet*, w roku 1972. Autorka pisała, że dostarczanie witamin pacjentom z chorobą sercowo-naczyniową często prowadziło do czasowego wzrostu poziomu cholesterolu we krwi. Dla porównania, poziom cholesterolu u osób zdrowych nie wzrastał po podaniu witamin.

Czasowy wzrost poziomu cholesterolu jest dodatkowym sygnałem procesu uzdrawiania w ścianach naczyń i zmniejszania się złogów tłuszczu. Opisany tu mechanizm działa oczywiście nie tylko w przypadku cholesterolu, ale również trójglicerydów, LDL, lipoproteiny (a) i innych drugorzędnych czynników ryzyka, które poprzez lata zgromadziły się wewnątrz ścian naczyń i powoli przenikały do krwiobiegu.

Moje zalecenia w tym przypadku: Wzrost poziomu cholesterolu w surowicy krwi, w czasie stosowania terapii witaminowej, oznacza, że następuje naturalna redukcja złogów tłuszczów w Twoich naczyniach. **Kontynuuj dalej realizację programu witaminowego.** Po kilku miesiącach poziom cholesterolu we krwi spadnie, często poniżej wartości początkowej. Proces normalizacji wartości tłuszczów w surowicy możesz przyśpieszyć poprzez uzupełnienie dziennej diety w produkty zawierające błonnik, na przykład: warzywa, owoce, produkty zbożowe.

Poniższe listy dokumentują fascynujące działanie komórkowych składników odżywczych.

Drogi Doktorze Rath:

Rozpoczęłam przyjmowanie produktów błonnikowych w lutym 1994 roku. Poziom mojego cholesterolu wzrósł z 280 do ponad 320 mg/dl, gdy w maju 1994 zaczęłam realizować rekomendowany przez Pana program witaminowy.

Po pewnym czasie spadł do 180 mg/dl a poziom HDL do LDL unormował się, podobnie jak poziom trójglicerydów. Co najważniejsze jednak, wartości lipoproteiny (a) spadły z 15 do 1! Do końca życia będę realizowała Pański program.

Dziękuję Panu, doktorze Rath, za Pańską pracę nad naturalnymi metodami terapii chorób serca.

*Z wyrazami wdzięczności,
M.R.*

Drogi Doktorze Rath,

Mam 45 lat, od grudnia realizuję Pański Program Zdrowia Komórkowego oraz dodatkowo stosuję dietę bogatą w błonnik. W kwietniu ubiegłego roku poziom mojego cholesterolu wynosił 259 mg/dl. W kwietniu tego roku, tylko po czterech miesiącach realizowania Pańskiego programu, poziom mojego cholesterolu spadł do 175!

Panie doktorze Rath, pragnę Panu szczerze podziękować za to, że pomógł mi Pan osiągnąć zdrowie i cieszyć się pełnią życia.

*Łączę wyrazy szacunku,
M.W.*

Drogi Doktorze Rath,

Choroby serca są w mojej rodzinie dziedziczne. Mój ojciec przeszedł pierwszy atak serca krótko po przekroczeniu trzydziestego roku życia. Gdy w wieku lat 19 zmierzyłem sobie poziom cholesterolu, okazało się, że wynosi on 392 mg/dl. Mój lekarz nie chciał wówczas przepisać mi terapii lekowej, zwracałem więc po prostu uwagę na dietę i więcej się gimnastykowałem. Czas płynął, a mój cholesterol pozostawał podwyższony, lekarz zdecydował więc o rozpoczęciu leczenia farmaceutykami. Odmówiłem i w dalszym ciągu skupiłem się na diecie i aktywności fizycznej.

W wieku lat 26, przed rozpoczęciem Pańskiej terapii witaminowej, zmierzyłem sobie poziom cholesterolu. Wynosił on 384. Natychmiast przystąpiłem do realizacji Pańskiego programu, wraz z napojem błonnikowym i poziom mojego cholesterolu spadł do 120 w ciągu 6–10 tygodni. W ciągu czterech miesięcy poziom mojego LDL spadł z 308 do 205. Jest to program, który realizuję osobiście i cały czas mam pozytywne rezultaty.

Zalecam go mojej rodzinie i przyjaciołom.

Pozdrawiam,

C.C.

Szanowny Panie Doktorze Rath,

Przed dwoma laty, po wykonanych badaniach, mój poziom cholesterolu w surowicy krwi wynosił 177 mg/dl. Wówczas wzbogaciłam moją dzienną dietę w produkty bogate w błonnik – to spowodowało znaczny spadek wartości cholesterolu w przeciągu 90 dni do 154 mg/dl.

W listopadzie ubiegłego roku wprowadziłam do diety dodatek komórkowych składników odżywczych wg Pańskich zaleceń. Trzy miesiące później – w lutym tego roku - niespodziewanie poziom cholesterolu wzrósł do 191 mg/dl a trójglicerydów do 244 mg/dl. Ponowione badania w lipcu tego roku a więc w siedem miesięcy po rozpoczęciu kuracji witaminowej, potwierdziły naturalny spadek wartości cholesterolu do 134 mg/dl. Po miesiącu powtórzono, tym razem szersze badania kontrolne, obejmujące oznaczenie całej gospodarki lipidowej. Uzyskane wyniki były rewelacyjne: cholesterol 135 i trójglicerydy 180 mg/dl a także wyraźnie polepszył się stosunek HDL do LDL.

Komórkowe składniki odżywcze rzeczywiście działają!

*Pozdrawiam,
L.M.*

Badania kliniczne nad wybranymi komórkowymi składnikami odżywczymi przy zaburzeniach metabolizmu tłuszczów

Wpływ witaminy C na poziom cholesterolu i innych tłuszczów we krwi został udokumentowany w licznych badaniach klinicznych. Ponad 40 z tych badań zostało przeprowadzonych przez dra Harrie Hemilä z Uniwersytetu w Helsinkach, w Finlandii. U pacjentów z wysokim poziomem cholesterolu (ponad 270 mg/dl) wprowadzenie do diety dodatku witaminy C pozwalało obniżyć poziom cholesterolu nawet o 20%. Dla porównania, u pacjentów ze średnim lub niskim początkowym poziomem cholesterolu wykazano tylko niewielki jego spadek, lub wartości pozostawały niezmienione.

W badaniach finansowanych przez Amerykańskie Stowarzyszenie Serca, dr B. Sokoloff udowodnił, że dwa lub trzy gramy witaminy C dziennie mogą obniżyć poziom trójglicerydów w krwi średnio o 50% – 70%. Okazało się, że witamina C zwiększa produkcję enzymów (lipaz), katalizujących rozkład tłuszczów, też trójglicerydów, nawet do 100%.

Dr Jacques i jego koledzy udowodnili, że ludzie przyjmujący 300 mg witaminy C dziennie mieli znacznie wyższy poziom HDL – „dobrego” cholesterolu we krwi, niż ludzie przyjmujący mniej niż 120 mg witaminy C dziennie. Jest to szczególnie ważne, jako że HDL (lipoproteiny wysokiej gęstości) są molekułami transportującymi tłuszcze. Mogą one przenosić cholesterol i inne tłuszcze ze ścian naczyń do wątroby, w celu ich rozkładu. To kolejny sposób, przy pomocy którego witamina C pomaga zmniejszyć złogi miażdżycowe i współuczestniczy w procesie leczenia. Dr W.J. Hermann i jego współpracownicy zaobserwowali podobne działanie w przypadku witaminy E.

Dalsze badania kliniczne pokazują, że również inne komórkowe składniki odżywcze współdziałając z witaminą C obniżają poziom cholesterolu i innych tłuszczów we krwi.

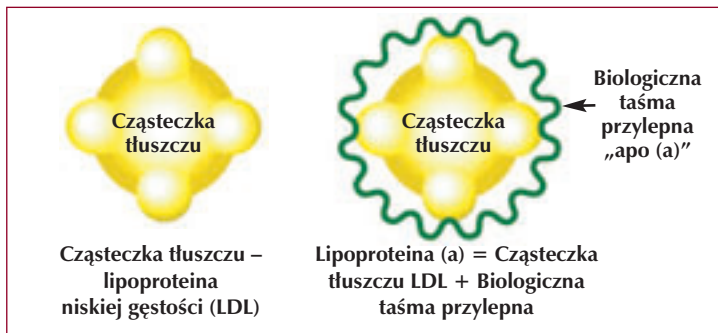
Lista tych składników obejmuje m. in. witaminę B3 (kwas nikotynowy), witaminę B5 (pantotenian), witaminę E, karnitynę oraz inne niezbędne składniki. O zdecydowanej przewadze stworzonych przeze mnie programów Zdrowia Komórkowego nad spożyciem „mega-dawek” pojedynczych witamin stanowi efekt synergicznego działania poszczególnych komponentów.

Zbadane składniki odżywcze	Autorzy badań
• Witamina C	Ginter, Harwood, Hemilä
• Witamina B3	Altschul, Carlson, Guraker, Lavie
• Witamina B5	Avogaro, Cherchi, Gaddi
• Witamina E	Beamish, Hermann
• Karnityna	Opie

Lipoproteina (a) – drugorzędny czynnik ryzyka – dziesięć razy groźniejszy niż cholesterol

Teraz chciałbym przedstawić pewien szczególnie ważny drugorzędny czynnik ryzyka, jakim jest lipoproteina (a). Właściwe działanie lipoproteiny (a) jest bardzo użyteczne; spełnia ona wiele różnych funkcji, na przykład podczas gojenia ran. Jeśli jednak ściana naczynia jest osłabiona długotrwałym niedoborem witamin, lipoproteina (a) zmienia się w czynnik ryzyka choroby sercowo-naczyniowej, dziesięć razy groźniejszy od wysokiego poziomu cholesterolu. Przyjrzyjmy się bliżej, czym różnią się molekuly lipoproteiny (a) od molekuł innych tłuszczów.

Cholesterol i trójglicerydy nie unoszą się we krwi, tak jak tłuszcz unosi się w zupie. Wszystkie te substancje związane z białkami w małe okrągłe cząsteczki transportowe tworzą – lipoproteiny (połączenie lipidów z proteinami). W naszym krwioobiegu cyrkulują nieprzerwanie miliony lipoprotein. Do najbardziej znanych przedstawicieli należą: lipoproteiny wysokiej gęstości (HDL, czyli tak zwany „dobry cholesterol”) oraz lipoproteiny niskiej gęstości (LDL, tak zwany „zły cholesterol”).



Porównanie LDL i lipoproteiny (a)

Cholesterol LDL: czyli lipoproteiny niskiej gęstości są głównym transporterem cholesterolu z wątroby – centrali przemiany materii, do milionów komórek ciała. Jeszcze do niedawna wierzone, że LDL jest głównym składnikiem blaszki miażdżycowej i uznano za decydujący czynnik ryzyka przy miażdżycy. Taki pogląd jest już dzisiaj nieaktualny.

Jakie są fakty na temat lipoproteiny (a)?

- Lipoproteina (a), nie LDL, jest cząsteczką tłuszczu w największym stopniu odpowiedzialną za odkładanie się cholesterolu i innych tłuszczów w ścianach naczyń.
- Ze względu na swoje lepkie właściwości, lipoproteina (a) jest jedną z najbardziej efektywnych molekuł naprawczych dla uszkodzonych, na skutek niedoboru witamin, ścian tętnic.
- Ponowna ocena wyników Framingham Heart Study (Badania Serca Framingham), największych badań nad czynnikami ryzyka w chorobie sercowo-naczyniowej, jakie kiedykolwiek przeprowadzono, pokazuje, że lipoproteina (a) jest dziesięciokrotnie większym czynnikiem ryzyka w chorobach serca niż cholesterol czy LDL.

Lipoproteina (a) jest cząstką LDL z otaczającą ją dodatkową lepką białkową. Ta biologiczna „taśma przyklepna” nazywa się apoproteiną (a) lub apo (a). Litera (a) mogłaby właściwie oznaczać „przyklepna” (ang. „adhesive” – lepki, przyklepny). Apoproteina (a) jest białkiem o najbardziej lepkich właściwościach w ludzkim metabolizmie.

W organizmie cierpiącym na niedobór witamin, lipoproteina (a) staje się najgroźniejszym drugorzędym czynnikiem ryzyka:

- choroby wieńcowej i zawałów serca
- udarów mózgu
- nawrotów zwężeń tętnic po angioplastyce naczyń wieńcowych
- zatorów po operacji bypassów

Pod koniec lat 80 wraz z moimi współpracownikami z Uniwersytetu w Hamburgu, przeprowadziłem najbardziej wszechstronne badania nad lipoproteiną (a) w ścianie naczynia. Badania te wykazały, że molekuly lipoproteiny (a) pełnią decydującą funkcję transportową dla cholesterolu i innych lipidów krwi. Ponadto są one najważniejszym czynnikiem naprawczym dla ścian naczyń. Jednak przy nadmiernym procesie naprawczym w ścianach arterii, są przyczyną tworzenia się blaszek miażdżycowych i ciężkich schorzeń naczyniowych. Co więcej, rozmiary złożeń miażdżycowych korelowały z ilością cząstek lipoproteiny (a) zgromadzonych w naczyniach. Odkrycia te zostały z czasem potwierdzone przez serię dodatkowych badań klinicznych.

Poziom lipoproteiny (a) jest w pierwszej linii uwarunkowany genetycznie i podobnie jak wszystkie inne drugorzędne czynniki prowadzi do podwyższonego ryzyka wystąpienia choroby wieńcowej serca, przy niestabilnej, na skutek niedoboru witamin, tkance łącznej ścian naczyń krwionośnych. Przedstawiona poniżej tabela interpretuje poziom lipoproteiny (a), przy jednoczesnym niedoborze witamin.

Lipoproteina (a) – poziom we krwi i ryzyko choroby wieńcowej serca

< 20	mg/dl	małe ryzyko	} tylko przy jednoczesnym niedoborze witamin!
20-40	mg/dl	średnie ryzyko	
>40	mg/dl	wysokie ryzyko	

Jak dowodzą badania kliniczne, na poziom lipoproteiny (a) nie wpływa ani żadna z diet, ani też żaden z dostępnych obecnie leków na receptę obniżających poziom lipidów we krwi. Nie dziwi zatem fakt, że jedynymi substancjami obniżającymi poziom lipoproteiny (a) okazały się jak dotychczas witaminy. Profesor Carlson wykazał, że dwa do czterech gramów witaminy B3 (kwas nikotynowy) dziennie mogą obniżyć poziom lipoproteiny (a) nawet o 36%. Ponieważ wysoki poziom kwasu nikotynowego może powodować wysypki skórne, zaleca się stopniowe zwiększanie

dziennej dawki witaminy B3. Nasze własne badania wykazały, że również witamina C wywołuje efekt redukcji lipoprotein, a przez to obniża ich poziom we krwi. Krótko podsumowując – podobnie i w tym przypadku, witaminy z jednej strony stabilizują ścianę arterii i z drugiej obniżają poziom we krwi czynników naprawczych i ryzyka. Wraz z substancjami „teflonowymi” – lizyną i proliną, wymienione wyżej dwie witaminy mogą w znaczącym stopniu obniżyć ryzyko choroby sercowo-naczyniowej, związane z poziomem lipoproteiny (a).

Działania terapeutyczne pozwalające zmniejszyć ryzyko związane z lipoproteiną (a)

1. Obniżenie poziomu lipoproteiny (a) we krwi
 - witamina B3 (kwas nikotynowy)
 - witamina C
2. Zmniejszenie lepkości lipoproteiny (a)
 - lizyna
 - prolina

Chciałbym zwrócić jeszcze uwagę na interesujący związek pomiędzy lipoproteiną (a) i niedoborem witaminy C. Molekuły lipoproteiny (a) występują przede wszystkim u ludzi oraz u kilku gatunków zwierząt niezdolnych do produkcji własnej witaminy C. Dla porównania, u zwierząt zdolnych do produkcji optymalnych ilości witaminy C nie spotyka się w metabolizmie lipoproteiny (a) w jakichkolwiek znaczących ilościach. Większość organizmów żywych naszej planety może najwidoczniej zrezygnować z molekuł naprawczych, ponieważ do stabilizacji i naprawy tkanki łącznej, korzystają z zasobów endogennej witaminy C. Człowiek, w celu osiągnięcia podobnej równowagi, został wyposażony przez naturę w naprawcze molekuły zastępcze – lipoproteiny (a), jednak ten „medal” ma dwie strony: z jednej – organizm ludzki ma do dyspozycji wyjątkową substancję naprawczą, z drugiej zaś – ta sama substancja jest groźnym czynnikiem, który przy jej nadprodukcji i jednoczesnym niedoborze witamin, przyczynia się i do zawałów serca i udarów. Stąd też nazwano ją „seryjnym zabójcą”.

Ten fascynujący związek witaminy C i lipoproteiny (a) odkryłem w 1987 roku. To był ważny krok prowadzący do nowego rozumienia istoty choroby sercowo–naczyniowej i jednocześnie decydujący o moich dalszych badaniach nad witaminami.

Cholesterol – mit chorób serca

Podczas lektury tego rozdziału możesz zadać sobie następujące pytania: „A co z cholesterolem? Czy te wszystkie doniesienia o cholesterolu i ryzyku zawału serca to tylko histeria medialna?” Niestety, taka właśnie jest prawda. Oto kilka rzeczowych faktów:

- Jeżeli w interesie zdrowia milionów ludzi, nowoczesna koncepcja musi zrewidować medyczny pogląd naukowy, wymagane jest przede wszystkim wyraźne ukazanie braku logiki i niestałości tego powszechnie przyjętego poglądu. Medyczne rozumowanie na temat przyczyny choroby sercowo-naczyniowej opiera się na twierdzeniu, że zarówno wzrost wartości we krwi cholesterolu, jak i innych omówionych wcześniej czynników ryzyka jest powodem uszkodzeń ścian arterii i powstawania złożeń miażdżycowych. Ten model rozumowania traci na ważności, a powodem jest szczegółowa i wyczerpująca dokumentacja zawarta w czytanej przez Ciebie książce. Zapytasz, dlaczego tak długo się utrzymywał? To proste – w interesie przemysłu farmaceutycznego wartego miliardy Euro leży sztuczne zachowanie jak najwyższego poziomu zachorowalności. Z mojej strony staje się zatem koniecznością ukazanie świadomego, destrukcyjnego wpływu karteli farmaceutycznych na zdrowie milionów ludzi oraz przybliżenie podstaw działania rynku leków obniżających poziom cholesterolu;
- W latach siedemdziesiątych Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) – sprzymierzeniec przemysłu farmaceutycznego – przeprowadziła międzynarodowe badania, których celem było stwierdzenie ewentualnych zależności między poziomem cholesterolu i ryzykiem wystąpienia zawałów serca. Tysiące uczestników testów otrzymywało lek obniżający poziom cholesterolu o nazwie „Clofibrate”. Badanie to nie mogło zostać

doprowadzone do końca, ponieważ u uczestników przyjmujących testowany lek pojawiło się zbyt wiele działań ubocznych. Uzyskanie kompletnych wyników badania stało się wobec tego przedsięwzięciem zbyt ryzykownym.

- We wczesnych latach osiemdziesiątych głośne stały się zakrojone na szeroką skalę badania przeprowadzone w USA na ponad 3 800 mężczyznach. W badaniach tych sprawdzano, czy lek obniżający poziom cholesterolu „Cholestyramina”, znany też pod nazwą „Quantalan”, może zmniejszać ryzyko wystąpienia zawału serca. Jedna grupa uczestników przyjmowała do 24 gramów (24 000 mg) Cholestyraminy dziennie przez kilka lat. Druga grupa – kontrolna przyjmowała taką samą ilość placebo (kontrolnej substancji neutralnej). Jakie uzyskano wyniki? W grupie przyjmującej lek obniżający poziom cholesterolu zmarło tyle samo osób, co w grupie kontrolnej. Wśród pacjentów zażywających lek obniżający poziom cholesterolu zanotowano szczególnie częste wypadki i samobójstwa. Nie zważając na fakty, firmy farmaceutyczne promowały wyniki tych kontrowersyjnych badań jako sukces. Fakt, że w grupie przyjmującej lek występowało nieznacznie mniej symptomów sercowo–naczyniowych niż w grupie kontrolnej, rozreklamowany został jako potwierdzenie hipotezy o cholesterolu jako przyczynie ataków serca. Mało kto przejmował się rzeczywistymi danymi badań, dotyczącymi np. ilości zgonów.
- W późnych latach osiemdziesiątych, na światowych rynkach pojawiła się nowa grupa leków hamujących produkcję cholesterolu w organizmie a przez to obniżających jego poziom tzw. statyny. Do najbardziej znanych przedstawicieli tej grupy należą m. in. „Lovastatinum”, „Pravastatinum” i „Simvastatinum”. Wkrótce jednak okazało się, że leki te obniżały produkcję nie tylko cholesterolu, ale również innych niezbędnych substancji, takich jak na przykład ubichinon (koenzym Q-10). Profesor Karl Folkers, z Uniwersytetu Teksasńskiego w Austin przestrzegał na łamach *Proceedings of the National Academy of Sciences* (*Doniesienia Narodowej Akademii Nauk*) przed możliwością wystąpienia ciężkich działań ubocznych, wywołanych stosowaniem statyn. Profesor Folkers donosił,

że u pacjentów z niewydolnością serca, zażywających ten nowy lek obniżający poziom cholesterolu, dochodzi do znacznego spadku poziomu koenzymu Q-10. To zaburzenie metabolizmu może mieć groźne dla życia następstwa w postaci zaostrzenia objawów choroby.

„Lekarstwa obniżające poziom cholesterolu we krwi – czynnikiem rakotwórczym”

Tym nagłówkiem zaalarmował całą opinię światową *Journal of the American Medical Association* (Magazyn Amerykańskiego Towarzystwa Medycznego), 3 stycznia 1996 r. „Wybuchła bomba”! Dr Thomas Newman i dr Stephen Halley z Uniwersytetu San Francisco wykazali, że większość z dostępnych na rynku leków obniżających poziom cholesterolu, szczególnie statyny i fibraty, ma udokumentowane w testach na zwierzętach właściwości rakotwórcze i to w dawkach przepisywanych setkom tysięcy ludzi. Jednocześnie obaj naukowcy powołali się nie na własne relacje, ale na naukowe badania przeprowadzone przez firmy farmaceutyczne, przedłożone Urzędowi ds. Żywnienia i Leków USA, w celu dopuszczenia na rynek badanych środków. Ustalenia zawarte w tym artykule były na tyle alarmujące, że jego autorzy zadali uzasadnione pytanie: „Jak to jest możliwe, że organ decyzyjny, U.S. Food and Drug Administration (FDA) (Amerykański Urząd ds. Żywnienia i Lekarstw) dopuścił te leki do sprzedaży dla milionów ludzi?”. Odpowiedź, jaką otrzymali była niewiarygodna: koncerny farmaceutyczne tak dalece zlekceważyły znaczenie właściwości rakotwórczych, że bez problemu otrzymały zgodę urzędu na wprowadzenie leków do sprzedaży.

To pytanie należałoby zadać wszystkim urzędом dopuszczającym leki, nie tylko w USA, ale także w krajach europejskich: na jakiej podstawie dopuszczone zostają do sprzedaży rakotwórcze leki obniżające poziom lipidów we krwi?

Koncerny farmaceutyczne nie mają żadnych problemów z wprowadzeniem na rynek nowych leków. Dzieje się to dlatego, że na listach ich płac dodatkowo figurują niezależni kontrolerzy jakości, powoły-

wani przez urzędy ds. leków – te fakty ujawnił Thomas Moore w swojej książce „Deadly Medicine” („Zabójcza Medycyna”).

Nacisk na koncerny farmaceutyczne przybrał na sile, gdy publikacja pierwszego wydania mojej książki w roku 1993 wyjaśniała po raz pierwszy szerokiemu odbiorcy, że zwierzęta nie dostają zawałów serca, ponieważ produkują wystarczającą ilość witaminy C, a nie dlatego, że mają niski poziom cholesterolu. Teraz, gdy jest już pewne, że choroby sercowo–naczyniowe są w pierwszym rzędzie chorobami niedoboru witamin, staje się pewnym fakt, że miliardowy rynek leków obniżających poziom cholesterolu wkrótce się załamie.

Już tylko kwestią czasu jest, aby wiedza o skutecznej, taniej i pozbawionej działań ubocznych ochronie witamin przed zawałami serca, dotarła do milionów ludzi. Jest także do przewidzenia, że już wkrótce nie będzie więcej chętnych do łykania tabletek, wywołujących poważne skutki uboczne, takie jak: niewydolność serca, zaburzenia funkcjonowania wątroby, czy nawet choroby nowotworowe, a dotknięci nimi pacjenci będą wnosić pozwy do sądów przeciw producentom leków. Wszystkie te fakty świadczą o tym, że już najwyższy czas, aby leki obniżające poziom cholesterolu zginęły ze światowych rynków. Chciałbym się jeszcze zwrócić do tych wszystkich pacjentów, którzy wątpią w niezbity fakt złożenia w ofierze inwestycyjnemu przemysłowi farmaceutycznemu zdrowia setek tysięcy ludzi – dajcie się przekonać prawdzie!

Dopiero po dziesięciu latach od momentu podjęcia przeze mnie walki z farmaceutycznym oszustwem, dotyczącym leków obniżających poziom cholesterolu, z ukrycia wychyliły się massmedia. 11 sierpnia 2003 roku w niemieckim „Der Spiegel” ukazał się artykuł „Fikcyjne choroby”, cytujący m. in. słowa dra Harald Klepzig kardiologa niemieckiej „Fundacji Serca” we Frankfurcie: „Bylibyśmy szczęściami, gdyby przedłożono chociaż jedno jedyne badanie kliniczne, niezbicie udowadniające, że poprzez obniżenie poziomu cholesterolu można uratować ludzkie życie. Nie brakuje jednak wielu publikacji dotyczących badań klinicznych nad podwyższoną śmiertelnością przy obniżaniu poziomu tłuszczów we krwi”.

Dlaczego niedźwiedzie nie wymarły?

Jeśli ktokolwiek z moich czytelników nadal uważa, że cholesterol może być przyczyną zawałów serca, chciałbym podzielić się z nim następującymi spostrzeżeniami:

Niedźwiedzie oraz miliony innych zwierząt zapadających w sen zimowy, mają przeciętny poziom cholesterolu ponad 400 mg/dl. Jeśli cholesterol rzeczywiście byłby przyczyną miażdżycy, zawałów serca i udarów mózgu, niedźwiedzie i inne zwierzęta zapadające w sen zimowy wyginęłyby już dawno temu. Powód, dzięki któremu niedźwiedzie są ciągle wśród nas jest prosty – produkują one w swoich organizmach duże ilości witaminy C, która stabilizuje ściany ich naczyń. Fakt, że niedźwiedzie nie wyginęły dowodzi, iż:

- 1. Podwyższony poziom cholesterolu we krwi nie jest główną przyczyną miażdżycy, zawałów serca i udarów mózgu.*
- 2. Osiągnięcie i utrzymanie stabilności ścian naczyń przez optymalne zaopatrzenie w witaminy jest ważniejsze od obniżania poziomu cholesterolu i innych czynników ryzyka w krwiobiegu.*
- 3. Cholesterol i inne metaboliczne molekuly mogą stać się czynnikami ryzyka tylko w wypadku, gdy ściany naczyń są osłabione chronicznym niedoborem witamin.*



Wykaz specjalnych komórkowych składników odżywczych przy zaburzeniach metabolizmu tłuszczów

Moje zalecenia dla pacjentów z podwyższonym poziomem cholesterolu lub innymi zaburzeniami metabolizmu – w uzupełnieniu programu podstawowego, przyjmujcie dziennie podwyższone dawki następujących komórkowych składników odżywczych:

- **witamina C:** zapewnia ochronę i naturalne leczenie ścian naczyń, normalizuje podwyższoną produkcję cholesterolu i in. czynników ryzyka w wątrobie oraz ich poziom we krwi.
- **witamina E:** antyutleniacz, zapewnia ochronę lipidów i komórek przed samoutlenianiem.
- **witamina B1:** zapewnia optymalizację metabolizmu komórkowego i zaopatrzenie w bioenergię.
- **witamina B2:** zapewnia optymalizację metabolizmu komórkowego i zaopatrzenie w bioenergię.
- **witamina B3:** obniża nadmierną produkcję cholesterolu i lipoprotein w wątrobie
- **witamina B5:** strukturalny komponent głównej metabolicznej molekuly komórek (koenzym A), w przemianie materii optymalizuje degradację i syntezę tłuszczów.
- **witamina B6, biotyna i kwas foliowy:** przyspieszają rozpad czynnika ryzyka homocysteiny w metabolizmie komórkowym.
- **karnityna:** optymalizuje metabolizm kwasów tłuszczowych, obniża poziom triglicerydów.