

12

Saturday May 4, 200

7:00 a 10 pm

Dokumentacja

- Przełomowy wykład dra Ratha wygłoszony na Wydziale Medycznym Uniwersytetu Stanforda
- Perspektywa zwycięstwa nad śmiercią z powodu chorób serca
- Zdrowie dla wszystkich do roku 2020
- Konstytucja dla pokojowego, zdrowego i sprawiedliwego świata
- Petycja w sprawie swobodnego dostępu do naturalnego zdrowia
- O Autorze
- Badania kliniczne: Naturalne cofanie się choroby sercowo–naczyniowej
- Literatura

Przełomowy wykład dra Ratha wygłoszony w Stanford Medical School

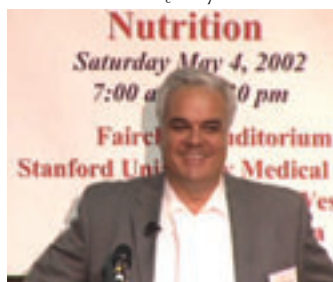
4 maja 2002 roku zaproszony zostałem przez wydział medyczny Uniwersytetu Stanforda w Palo Alto, w Kalifornii, do wygłoszenia wykładu poświęconego medycznemu przełomowi, udokumentowanemu w tej książce.



Przez ponad 100 lat ta instytucja medyczna wiernie służyła interesom kartelu farmaceutycznego, promując jego „profity z chorób”.

Przez ponad dekadę kartel farmaceutyczny zaciekle zwalczał moje odkrycie dotyczące ścisłego powiązania pomiędzy szkorbutem i chorobami serca, ponieważ zagrażało ono podstawom istnienia tej branży przemysłowej. W prowadzonej krucjacie przedstawiciele kartelu farmaceutycznego posłużyli się również wieloma autorytetami ze świata medycyny.

Dzisiaj wzrastające uznanie dla odkrycia powiązania pomiędzy szkorbutem i chorobami serca nie może być dłużej ignorowane. Mój wykład na Uniwersytecie Stanforda stał się wydarzeniem historycznym i doprowadził do rozerwania żelaznego uścisku, w jakim kartel farmaceutyczny trzymał do tej pory uznane instytucje medyczne. Docentom, którzy zorganizowali to sympozjum należą się słowa szczególnego uznania, przede wszystkim za ich odwagę, że uczynili ten pierwszy krok i zaprosili mnie do wygłoszenia wykładu.



Podczas wygłaszania wykładu na Uniwersytecie Stanforda

Dwadzieścia minut mojego wykładu było niczym trzęsienie ziemi dla domku z kart kardiologii farmaceutycznej. Medycyna komórkowa otworzyła drzwi dla nowych pokoleń lekarzy i kardiologów, pozwalając im ratować miliony istnień ludzkich.

Szkorbut a choroba serca – rozwiązanie zagadki choroby sercowo-naczyniowej

„Pragnę na wstępie podziękować Uniwersytetowi Stanforda za uznanie konieczności jak najszybszego uzyskania rozstrzygających odpowiedzi na wyzwanie, jakie stanowi choroba sercowo-naczyniowa i na problematykę terapii witaminowych oraz leczenia naturalnego w chorobach serca i układu krążenia. Przedstawię Państwu dowody na to, iż zwapnienie i miażdżycza tętnic – przyczyna zawałów serca i udarów mózgu – nie są chorobami, lecz bezpośrednim skutkiem długotrwałego niedoboru witamin w komórkach naszego organizmu, dlatego też można im zapobiegać metodami naturalnymi, bez pomocy środków farmaceutycznych czy interwencji chirurgicznych, takich jak balonikowanie, czy operacja wszczepienia bypassów.

Obecne hipotezy dotyczące miażdżycy tętnic nie potrafią wyjaśnić, dlaczego zawały w 90% dotyczą serca

Badacze:

Goldstein i Brown

Steinberg

Ross

Libby

Hipoteza:

hipercholesterolemia

oksydacja LDL

„zranienia”


infekcje

Choroby serca i układu krążenia stanowią wczesną postać szkorbutu, nękającego niegdyś marynarzy. W swojej prezentacji skupię się jedynie na najbardziej przekonujących dowodach tego twierdzenia. Więcej szczegółów znajdą Państwo na naszej stronie internetowej www.dr-rath-research.org.

Wszystkie istniejące hipotezy dotyczące przyczyn miażdżycy tętnic łączy jeden problem – przeczą zwykłej logice. Gdyby wysoki poziom cholesterolu, oksydacja lipoprotein lub bakterie powodowały uszkodzenia ściany naczyń krwionośnych, to płytka miażdżycowa rozwijałaby się wzdłuż całej ich długości. W związku z tym, efektem byłoby zwapnienie naczyń całego układu krążenia i zawały różnych jego części, a nie tylko serca. A zatem mamy do czynienia z zupełnie innym przypadkiem.

Nie trzeba dyplomu Stanforda ani innej uczelni medycznej – każdy laik potrafi rozwiązać „zagadkę 11 metrów” .

„Zagadka 11 metrów”



Całkowita powierzchnia naczyń krwionośnych człowieka – tętnice, żyły, naczynia włosowate – porównywalna jest z wielkością boiska piłkarskiego.

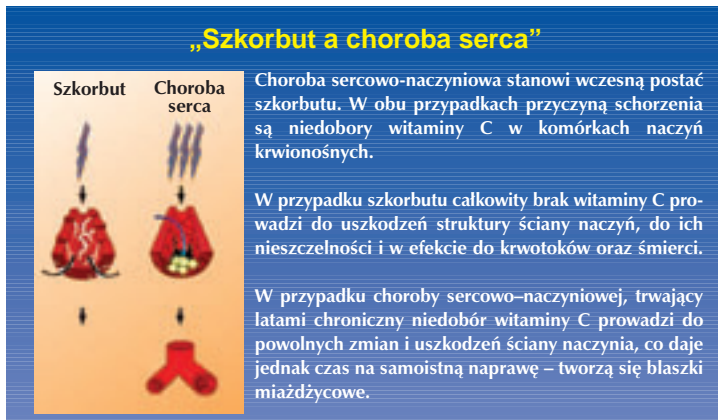
Zdumiewające jest jednak to, że do 90% zawałów dochodzi w tym samym miejscu – w tętnicach wieńcowych serca – mających powierzchnię porównywalną do punktu oznaczającego „11 metrów” (rzut karny).

Tętnice, żyły i naczynia włosowate w ludzkim ciele tworzą „rurociąg” o długości około 100 000 km i o powierzchni porównywalnej z wielkością boiska piłkarskiego. Jednak w 90% przypadków „rurociąg” ten zawodzi w jednym określonym miejscu: tętnicach wieńcowych, których długość stanowi zaledwie jedną miliardową całkowitej długości naczyń krwionośnych, a powierzchnia odpowiada punktowi na boisku piłkarskim, wyznaczającemu „rzut karny”. Jeśli wysoki poziom cholesterolu – lub inne czynniki ryzyka obecne we krwi – mogłyby wywoływać uszkodzenia naczyń, złogi i zawały tworzyłyby się na całej jego długości, a nie w jednym tylko miejscu. A zatem wysoki poziom cholesterolu nigdy nie stanowi głównej przyczyny choroby wieńcowej.

Rozwiązanie zagadki choroby sercowo–naczyniowej musi więc być odpowiedzią na pytanie: dlaczego właśnie tylko w tętnicach wieńcowych serca dochodzi do zamknięcia układu krążenia – przyczyny zawału serca?

Aby znaleźć właściwą odpowiedź, musimy odwrócić naszą uwagę od składników krwi, a skupić się na rozstrzygającym czynniku: stabilności ścian tętnic.

Poniższa ilustracja przedstawia podobieństwa pomiędzy chorobą sercowo-naczyniową i szkorbutem. W przeciwieństwie do zwierząt, ludzkie ciało nie potrafi produkować witaminy C. Niedobory witaminy C prowadzą do dwojakiego rodzaju zmian w budowie ściany naczynia: po pierwsze – do osłabionej stabilności naczyń wywoływanej spadkiem syntezy kolagenu, a po drugie – do załamania się komórkowej bariery między strumieniem krwi i ścianą naczynia, spowodowanej uszkodzeniem komórek endotelium – śródbłónka.



W ubiegłych stuleciach marynarze umierali z powodu nękających ich krwotoków w przeciągu zaledwie kilku miesięcy. Krwotoki i rychła śmierć były skutkiem całkowitego braku witaminy C, bo jak już wiemy – ich organizmy nie produkowały endogennej witaminy C, a równocześnie dieta była w sposób ekstremalny pozbawiona witamin. Tylko w przypadku, gdy chorzy marynarze

otrzymywali od tubylczej ludności wywary ziołowe lub pożywienie bogate w witaminy, dochodziło do zatrzymania krwotoków, a ściany naczyń goiły się samoistnie. Wnioskując – ponowne dostarczenie wyniszczonemu organizmowi witamin już jest powodem pobudzenia produkcji kolagenu w komórkach ścian naczyń krwionośnych.

Obecnie każdy z nas przyjmuje pewne dawki witaminy C z pożywieniem i pełnoobjawowy szkorbut jest dzisiaj rzadkością. Jednakże nie są one wystarczające i niemal wszyscy cierpimy na chroniczne niedobory witamin. Na przestrzeni lat wzdłuż ściany naczyń tworzą się mikroskopijne uszkodzenia, zwłaszcza w miejscach występowania dużego stresu mechanicznego np. w tętnicach wieńcowych serca (pulsowanie krwi). To wyjaśnia, dlaczego właśnie w tych miejscach dochodzi do odkładania się blaszek miażdżycowych, które w efekcie są przyczyną zawału serca.

Podobnie jak przed laty dodatek witamin przyczyniał się do naturalnego gojenia uszkodzonych ścian naczyń krwionośnych przy skorbutcie, tak i współcześnie – optymalne dostarczanie witamin zatrzymuje rozwój choroby sercowo–naczyniowej i naprawia w sposób naturalny powstałe uszkodzenia.

W przeciwieństwie do obecnie przyjętych modeli powstawania choroby sercowo–naczyniowej, teoria ścisłych powiązań pomiędzy skorbutem a zawałem serca odpowiada na wszystkie główne pytania współczesnej kardiologii:

1. Dlaczego dostajemy zawałów serca, a nie nosa lub uszu?

Właściwym powodem występowania zawałów w rejonie serca jest nałożenie się dwóch czynników: strukturalnego osłabienia ściany tętnicy, wywołanego niedoborem witamin z mechanicznym stresem, któremu poddawane są nieustannie naczynia wieńcowe z racji wykonywanej przez serce czynności pompowania. To właśnie w tym miejscu, leżące u podstaw osłabienie struktury ścian tętnic staje się rzeczywistym problemem.

Dlaczego u ludzi występują zawały serca, a nigdy „zawały nosa”

Diastole
(faza rozkurczowa)



Systole
(faza skurczowa)



Podczas każdego uderzenia serca
naczynia wieńcowe są płasko zgniatane.

Leżące u podstaw choroby osłabienie ścian tętnic jest oczywiste w pierwszym rzędzie – w miejscach mechanicznego obciążenia.

Ze względu na nieustanne pompowanie krwi przez serce, obszar tętnic wieńcowych jest najbardziej obciążonym odcinkiem całego układu krążenia.

2. Dlaczego chorujemy na miażdżycę tętnic, a nie żył?

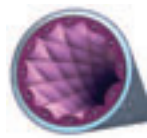
Hipotezy, iż cholesterol, infekcje bakteryjne np. zakażenie bakteriami chlamydia oraz inne czynniki ryzyka występujące we krwi są przyczyną tworzenia płytki miażdżycowej, prowadzi nieuchronnie do wniosku, iż przyczyniają się one również do pogrubienia i zatorów żył, czyli „venosklerozy”. Dzieje się jednak inaczej! Jedyną logiczną i poprawną naukowo odpowiedź na tą frapującą zagadkę daje prześledzenie ścisłego związku zachodzącego pomiędzy skorbutem, a zawałem serca.

Dlaczego chorujemy na arteriosklerozę, a nie venosklerozę

Arterioskleroza
– Główna przyczyna
śmierci –



Venoskleroza
– nieznaną –



Co drugi człowiek umiera na skutek następstw miażdżycy tętnic.

Natomiast miażdżycy żył jest nieznaną – poza jednym przypadkiem – wszczepienia żyły jako wieńcowego bypassa i w ten sposób zastąpienia niedrożnej tętnicy. W zamienionej w tętnicę – żyłę, powstają blaszki miażdżycowe.

Jest to logiczny dowód na to, iż cholesterol nigdy nie jest przyczyną zawału serca.

3. Dlaczego zwierzęta nie dostają zawałów serca, tylko my ludzie?

Jak można wyjaśnić, dlaczego niedźwiedzie i inne zwierzęta zapadające w sen zimowy, których poziom cholesterolu waha się w granicach 600 mg/dl i więcej, nie wyginęły jeszcze z powodu epidemii zawałów serca? Oto odpowiedź: zwierzęta produkują własną witaminę C w ilościach – w odniesieniu do wagi ludzkiego ciała – od 1 do 20 gramów (6 łyżeczek) dziennie. Takie ilości witaminy C są najwyraźniej wystarczające do zapewnienia optymalnej stabilności ścian naczyń, bez konieczności stosowania w świecie zwierząt statyn i innych leków obniżających poziom cholesterolu.

Dlaczego zwierzęta nie dostają zawałów serca



Zwierzęta, poza niezmiernie rzadkimi wyjątkami, nie chorują na miażdżycę tętnic.

Najlepszym przykładem są niedźwiedzie – ze średnim poziomem cholesterolu około 600 mg/dl nigdy nie dostają zawału serca. Przed chorobą chroni je bardzo wysoka produkcja endogennej witaminy C.

4. Dlaczego wszystkie istotne czynniki ryzyka choroby sercowo-naczyniowej są ściśle związane z niedoborem witamin?

Wszystkie znane obecnie czynniki ryzyka są ściśle związane z niedoborem witaminy C i innych mikroelementów niezbędnych dla metabolizmu komórek, przykładowo:

- zaburzenia przemiany węglowodanów – np. cukrzyca,
- zaburzenia przemiany lipidów – np. wysoki poziom cholesterolu
- zaburzenia przemiany aminokwasów – np. homocysteinuria,

Wspólną cechą tych zaburzeń metabolicznych, w przypadku niedoboru witamin jest zapewnianie stabilności ściany tętnicy w sposób zastępczy np. przez osadzanie produktów przemiany materii w ścianach komórek. Niedobór witaminy C jest także przyczyną podwyższania poziomu czynników inicjujących procesy krzepnięcia krwi – fibrynogenu i tromboliny przy równoczesnym obniżaniu poziomu czynników ochronnych, takich jak: śródbłonkowych czynników rozkurczowych (NO) i hormonu tkankowego prostacykliny. Miażdżyca jest więc „gipsowym opatrunkiem” nałożonym na uszkodzone ściany tętnic.

Jednoznaczny eksperymentalny dowód
 świnki morskie, podobnie jak ludzie,
 nie produkują własnej witaminy C



Jeden jedyny czynnik – dieta uboga w witaminę C – jest przyczyną występującej tu miażdżycy tętnic, która nie różni się niczym od miażdżycy ludzkiej.

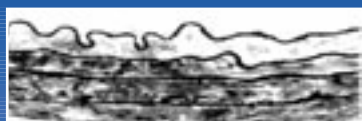
Gdy podawano zwierzętom dzienną dawkę – równoważną 5 gramom (jedna łyżeczka) – witaminy C, ściany tętnic miały zapewnioną ochronę i nie obserwowano rozwoju blaszki miażdżycowej.

Rozpatrzmy główny dowód podobieństwa skorbutu i choroby serca. Świnka morska, podobnie jak człowiek, nie potrafi produkować własnej witaminy C. Wyniki naszych badań opublikowane w *Proceedings of the National Academy of Sciences* (*Donesienia Amerykańskiej Akademii Nauk*) dowodzą, iż jeśli świnkom

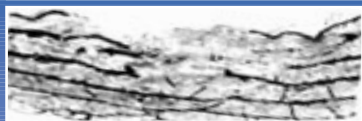
morskim podaje się dawkę witaminy C porównywalną z dzienną dawką określoną przez instytuty żywieniowe dla ludzi, u zwierząt rozwija się miażdżycy. Ten kluczowy eksperyment udowodnił, że uszkodzenia i zmiany ścian naczyń świnek są identyczne z miażdżycą ludzką. Dla odróżnienia, tętnice zwierząt, które otrzymywały dziennie około jednej łyżeczki witaminy C dziennie były zdrowe.

Wyniki doświadczenia zostały później potwierdzone przez dr Maeda i jego kolegów w badaniach wykorzystujących genetycznie zmienione osobniki zwierzęce. Myszy, które normalnie należą do gatunków produkujących własną witaminę C, zostały poddane genetycznemu eksperymentowi, w wyniku którego zdolność ta została zahamowana. Pierwszym objawem obserwowanym u zwierząt były uszkodzenia ścian tętnic, przypominające wczesną postać miażdżycy u ludzi.

Potwierdzenie teorii dra Ratha o podobieństwach pomiędzy szkorbutem i zawałem serca



Ściany naczyń normalnych myszy, zdolnych produkować własną witaminę C, były zdrowe.

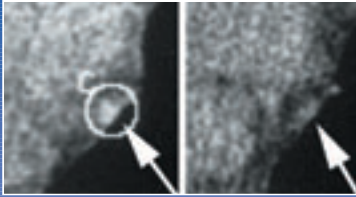


W przypadku myszy, u których genetycznie „wylączono” wytwarzanie witaminy C i które nie otrzymywały jej w pokarmie, zaobserwowano rozwój miażdżycy, nie różniący się niczym od miażdżycy ludzkiej.

Maeda i wsp., PNAS (2000) 97: 841-846.

Uzyskane wyniki potwierdziliśmy w badaniu klinicznym z udziałem pacjentów ze stwierdzonymi złoгами w tętnicach wieńcowych, poddanych ocenie metodami superszybkiej tomografii komputerowej. Po wprowadzeniu ściśle określonego programu witaminowego rozwój zwapnień uległ znacznemu zahamowaniu, a w niektórych przypadkach stwierdzono nawet całkowity zanik zmian, jak widać na przedstawionych tomograficznych zdjęciach rentgenowskich.

Dowód kliniczny: terapia z komórkowymi składnikami odżywczymi pomaga zapobiegać zawałom serca



przed

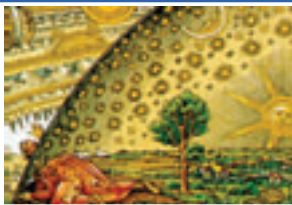
po

Po raz pierwszy w historii medycyny na zdjęciach rentgenowskich (super-szybka tomografia komputerowa) udokumentowano naturalną regresję złożeń miażdżycowych u pacjenta z chorobą wieńcową.

Po roku terapii z Programami Zdrowia Komórkowego, złożeń miażdżycowych w tętnicach wieńcowych pacjenta całkowicie zanikły.

Odkrycie zależności pomiędzy szkorbutem a zawałem serca oznacza przeobrażenie całej światowej kardiologii, w której nacisk powinien być kładziony nie na symptomy – np. wysoki poziom cholesterolu – ale na jedyny, rozstrzygający czynnik, jakim jest stabilność ścian naczyń krwionośnych. Dzięki temu odkryciu „wszechświat chorób serca” przestał być „płaski” i stał się „kulą”.

Dzięki odkryciu zależności pomiędzy szkorbutem i zawałem serca świat kardiologii z „płaszczyzny” stał się „kulą”.



Teraz, kiedy udało nam się zidentyfikować rzeczywistą przyczynę chorób serca i układu krążenia, wyeliminowanie ich stało się tylko kwestią czasu. Za dziesięć lat w gazetach mogą pojawić się takie nagłówki:

ZA DZIESIĘĆ LAT W WIADOMOŚCIACH BĘDZIE MOŻNA PRZECZYTAĆ:

„Choroba serca uznana przez WHO za zwalczoną.”

„Załamanie farmaceutycznego rynku leków obniżających poziom cholesterolu na Wall Street!”

„Uniwersytet Stanford i uczelnie medyczne zamykają wydziały kardiologii.”

W imieniu milionów pacjentów cierpiących na choroby serca wzywam Uniwersytet Stanford oraz inne instytucje medyczne do przyjęcia cięższej na nich odpowiedzialności i przyłączenia się do nas w walce o zwalczenie choroby sercowo-naczyniowej.

Zaskakujące reakcje po moim wykładzie

Pytanie dr Johna Cooka, profesora kardiologii i organizatora konferencji w Stanford Medical School:

Doktorze Rath, wspomniał Pan o czymś niezwykle interesującym. Właściwie myślę, że to „pytanie za milion dolarów”: Dlaczego zapadamy na miażdżycę tętnic? Dlaczego istnieje właśnie taka odmiana miażdżycy? Uważam, że to istotna kwestia. Moim zdaniem chodzi po prostu o zupełnie różne systemy organiczne, z jakimi mamy do czynienia mówiąc o żyłach i tętnicach. Oba systemy wyznaczone są przez odmienne ciśnienie przepływającej krwi i zbudowane z różnych rodzajów tkanek – porównując np. tętnice, czy też naczynia włosowate. I właśnie to jest odpowiedź na postawione pytanie. Co Pan sądzi?

Dr Rath: Dla mnie ta sprawa przedstawia się nieco inaczej – posłużmy się przykładem operacji wszczepienia bypassów. Przy tym zabiegu regułą jest pobranie żył z łydek chorego i tworzenie „obwodnicy” pomiędzy aortą i zwężoną lub zamkniętą tętnicą wieńcową. W tym momencie, na wcześniejszą żyłę działa to

samo wysokie ciśnienie, któremu poddane są tętnice wieńcowe serca – żyła przejmując funkcję tętnicy. Konsekwencją jest rozwój takich samych złośliwych miażdżycowych jak w tętnicach wieńcowych serca.

Komentarz innego profesora kardiologii:

Jednakże dysponujemy badaniami stwierdzającymi niewielki lub brak wpływu witamin na chorobę sercowo-naczyniową.

Dr Rath: Kim są „my”? Wystarczy odwiedzić biblioteki medyczne, lub Internet, a znajdzie Pan ponad 10 000 badań dokumentujących korzystny wpływ witamin na zdrowie. Co więcej, największe dotychczas przeprowadzone na naszej planecie badanie ujawniło, iż u miliardów zwierząt choroba sercowo-naczyniowa prawie zupełnie nie występuje, ponieważ w przeciwieństwie do nas produkują one własną witaminę C.

Pytam Państwa – jak długo zamierzacie ignorować ten fakt i ryzykować, iż miliony ludzi nadal będą umierać na chorobę, którą już dawno można było wyeliminować?

Pytam jeszcze raz – kim są „my”?

„Mój drogi Keplerze, co powiesz o najważniejszych tutejszych filozofach, którym tysiąc razy proponowałem zapoznanie się z moimi badaniami, a którzy z leniwym uporem najedzonego do syta węża nigdy nie byli łaskawi popatrzeć przez teleskop na planety i księżyc? Doprawdy, tak jak węż zamykają oczy, tak też i ludzie zamykają swoje oczy na światło prawdy.”

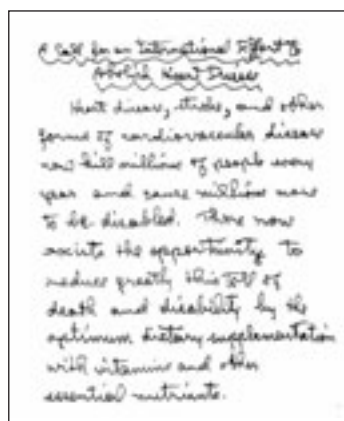
Galileusz w liście do Jana Keplera, 1630

Zwycięstwo nad śmiercią z powodu chorób serca jest wreszcie możliwe!

Manifest Ratha – Paulinga wzywający do likwidacji chorób serca

2 lipca 1992 roku po raz pierwszy w historii została publicznie ogłoszona możliwość całkowitego wyeliminowania chorób serca i układu krążenia. W swoim ostatnim publicznym apelu, dwukrotny laureat Nagrody Nobla Linus Pauling poparł moje przełomowe odkrycia naukowe w badaniach nad chorobami serca.

Tylko kilka tygodni później kartel farmaceutyczny rozpoczął szeroko zakrojoną kampanię, mającą na celu uczynienie z witamin leków przepisywanych na receptę. W “batalii o wolność witaminową”, jaka toczyła się w latach 1992 – 1994, mieszkańcy USA odnieśli zwycięstwo w imieniu całej ludzkości.



A Call for an International Effort to
Prevent Heart Disease

Heart disease, stroke, and other forms of cardiovascular disease now kill millions of people every year and cause millions more to be disabled. There now exists the opportunity to reduce greatly this toll of death and disability by the optimum dietary supplementation with vitamins and other essential nutrients.



THE GOAL OF ELIMINATING
HEART DISEASE AS THE
MAJOR CAUSE OF DEATH
AND DISABILITY IS
NOW IN SIGHT!

Matthew Ratz and Linus Pauling



Powyżej: Dwie strony rękopisu z ostatniego publicznego apelu dwukrotnego laureata Nagrody Nobla, przed jego śmiercią w 1994 roku.

Po lewej: Wspólnie z dr Pauligem, podczas historycznej konferencji prasowej w San Francisco, 2 lipca 1992 roku ogłaszamy „Wezwanie do podjęcia międzynarodowych działań na rzecz wyeliminowania chorób serca”.

WEZWANIE DO PODJĘCIA MIĘDZYNARODOWYCH DZIAŁAŃ NA RZECZ WYELIMINOWANIA CHORÓB SERCA

Schorzenia serca, udary mózgu i inne formy choroby sercowo-naczyniowej zabijają rocznie miliony ludzi, a następne miliony czynią niepełnosprawnymi. Teraz, poprzez właściwe dostarczanie w diecie witamin oraz innych niezbędnych składników odżywczych, pojawia się okazja do znacznego ograniczenia zakresu działania tego narzędzia śmierci i inwalidztwa.

W ciągu ostatnich lat, my oraz nasi współpracownicy dokonaliśmy dwóch ważnych odkryć. Pierwsze pozwoliło nam stwierdzić, że podstawową przyczyną chorób serca jest niewystarczająca ilość witaminy C, z powodu tego deficytu cierpi prawie każdy mieszkaniec Ziemi. Niedobór witaminy C prowadzi do osłabienia ścian naczyń krwionośnych i rozpoczęcia procesu chorobowego, szczególnie w miejscach narażonych na duże obciążenia. Doszliśmy do wniosku, że cholesterol i inne czynniki ryzyka we krwi zwiększają prawdopodobieństwo powstania choroby serca tylko w przypadku, gdy ściana naczyń jest osłabiona niedoborem witaminy C.

Dzięki kolejnemu odkryciu dowiedzieliśmy się, że główna cząstka transportująca cholesterol i tworząca blaszki miażdżycowe to nie LDL (lipoproteina niskiej gęstości), ale pokrewna lipoproteina (a). Co więcej, pewne niezbędne składniki, szczególnie aminkowas L-lizyna, mogą blokować odkładanie się tej lipoproteiny, a nawet zmniejszyć rozmiary istniejących złogów. Doszliśmy do wniosku, że optymalne zaopatrzenie w witaminę C i inne komórkowe składniki odżywcze może w znacznym stopniu zapobiegać chorobom serca i udarom mózgu, a także być skuteczne w leczeniu już istniejących chorób. Opublikowane wyniki badań klinicznych i epidemiologicznych potwierdzają taki wniosek.

Ten cel jest możliwy: wyeliminowanie chorób serca jako przyczyny inwalidztwa i śmierci dla obecnej i przyszłych generacji ludzkości.

GDY STAWKĄ KAŻDEGO ROKU JEST ŻYCIE MILIONÓW LUDZI, NIE MOŻNA TRACIĆ CZASU!

- Wzywamy naszych kolegów naukowców i lekarzy, aby dołączyli do międzynarodowych, energicznych wysiłków, włączając w nie badania podstawowe jak i kliniczne, których celem będzie udowodnienie roli witaminy C oraz innych składników odżywczych w opanowaniu chorób serca.
- Wzywamy odpowiedzialne za zdrowie władze narodowe i międzynarodowe oraz inne instytucje zajmujące się zdrowiem, aby wsparły te wysiłki politycznie i finansowo.
- Wzywamy każdą istotę ludzką, aby zachęcała lokalne instytucje medyczne i lekarzy do wzięcia aktywnego udziału w tym procesie.

CEL WYELIMINOWANIA CHORÓB SERCA JAKO GŁÓWNEJ PRZYCZYNY ŚMIERCI I INWALIDZTWA JEST TERAZ W NASZYM ZASIĘGU!

Matthias Rath i Linus Pauling

San Francisco, Kalifornia, lipiec 1992

Przemysł farmaceutyczny stanowi największą przeszkodę w osiągnięciu zdrowia

Precyzyjna analiza „profitu z chorób” demaskuje przemysł farmaceutyczny

21 czerwca 1997 roku wygłosiłem historyczny wykład w hali miejskiej, w Chemnitz (Niemcy), który po raz pierwszy zdemaskował farmaceutyczne „profity z chorób”. Poniżej przedstawiam tylko wybrane fragmenty, całość znajdziecie Państwo na stronie internetowej naszej fundacji.



Uznajemy przemysł farmaceutyczny, którego podstawą egzystencji jest zapewnienie dalszego istnienia chorób, za nieetyczny i niezgodny z fundamentalnymi zasadami wynikającymi z praw człowieka. Domagamy się podjęcia niezwłocznych kroków prawnych zakazujących tej gałęzi przemysłu dalsze prowadzenie takiej działalności gospodarczej.

Sztuczne utrzymywanie i udaremnianie eliminacji chorób w celu promocji leków doprowadziło do śmierci milionów ludzi. Taki wymiar zbrodni wymaga zastosowania najwyższej kary w ramach obowiązującego prawa. Jednocześnie wszystkie kraje kuli ziemskiej zobowiązane są do tworzenia i wprowadzania w życie dalszych przepisów prawnych, regulujących takie masowe przestępstwa. Takie i podobne działania muszą być uznane na płaszczyźnie międzynarodowej jako łamanie praw człowieka.

My, mieszkańcy Ziemi oświadczamy, że wniesiemy nasz wkład w tworzenie nowego systemu opieki zdrowotnej i będziemy stanowić jego filar.

Podstawą nowego systemu zdrowotnego będzie rozpowszechnianie obszernych informacji oraz szkolenie ludności w kwestii naturalnego zdrowia. W każdym mieście powstaną centra informacyjne, w których zaangażowani laicy, czy przedstawiciele zawodów związanych ze zdrowiem współtworzyć będą nowy system opieki zdrowotnej.

Edukacja zdrowotna stanie się zajęciem obowiązkowym w szkołach. Dalsze kształcenie ludności w dziedzinie zdrowia będzie wspierane na wszystkich płaszczyznach.

„Zdrowie dla wszystkich do roku 2020”!

Apel dra Ratha skierowany do przywódców politycznych, Szczyt Ziemi 2002

Po dziesięciu latach od momentu ogłoszenia apelu Rath – Pauling, wypełnionych serią przełomowych odkryć stało się pewne, że właśnie podstawy medycyny komórkowej pomogą w opanowaniu większości najbardziej rozpowszechnionych dzisiaj chorób. Podczas Szczytu Ziemi w Johannesburgu, w sierpniu 2002 roku, wezwałem społeczność światową do skorzystania z tych przełomowych odkryć.

ZDROWIE DLA WSZYSTKICH

1. Zdrowie jest niepodważalnym prawem człowieka. Każdy człowiek może dowolnie, bez jakichkolwiek ograniczeń korzystać z tego podstawowego prawa. Instytucje publiczne i organizacje prywatne są odpowiedzialne za udostępnienie ratujących życie informacji zdrowotnych każdemu mieszkańcowi naszego globu. Ograniczenie dostępu chociażby jednego obywatela, do tych życiowo ważnych informacji nie jest niczym innym niż przestępstwem wymierzonym w podstawowe prawa człowieka.
2. Zdrowie, z różnych powodów, nie jest jeszcze dostępne dla każdego. Wymienić tu należy chociażby konflikty militarne, czy różnice socjalne i wynikające z nich niesprawiedliwość. Dalszym ważnym powodem jest fakt istnienia najbardziej rentownego przemysłu na świecie – przemysłu farmaceutycznego, którego podstawą rozwoju i zysków jest nieprzerwane istnienie chorób. Profilaktyka, leczenie i eliminacja chorób poprzez nie podlegające patentom, naturalne metody stanowi zagrożenie dla miliardowych „profitów z chorób”.
3. Większość światowych inicjatyw, prowadzonych w celu poprawy ogólnego stanu zdrowia poniosło fiasko. Kampania Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) – „Zdrowie dla wszystkich do 2000 roku” nie mogła osiągnąć zamierzonego celu, ponieważ nie potrafiła jednoznacznie przeciwstawić się „profitom z chorób”, a zamiast tego skoncentrowała się na jedynie na reformach administracyjnych i nie wykorzystwała medycznego przełomu w dziedzinie naturalnych, ugruntowanych naukowo metod terapii.
4. Osiągnięty w minionych latach znaczny postęp w dziedzinie badań nad leczeniem naturalnym mógłby przyczynić się do zmniejszenia ryzyka współczesnych chorób cywilizacyjnych w krajach uprzemysłowionych, a także rozwijających się do ułamka. Główną przyczyną szeregających się na świecie chorób jest chroniczny niedobór witamin i innych komórkowych składników odżywczych, koniecznych dla optymalnej komórkowej przemiany materii i stabilności tkanki łącznej.
5. Główną przyczyną śmierci w krajach uprzemysłowionych jest zawał serca, udar mózgu, choroby nowotworowe, cukrzyca i nadciśnienie tętnicze. Zastosowanie przedłożonej już naukowej wiedzy z badań nad komórkowymi składnikami odżywczymi i medycyną komórkową, umożliwiłoby likwidację tych chorób i ratowanie milionów istnień ludzkich.
6. Jak podają źródła ONZ – ponad dwa miliardy mieszkańców krajów rozwijających się cierpi na niedobór witamin i innych składników odżywczych. Właśnie ten niedobór mikroelementów prowadzi do utraty wzroku, podwyższonej zapadalności setek milionów ludzi na choroby zakaźne m.in. AIDS. Spowodowane jest to zakłóceniem systemu obronnego komórek organizmu. Gdyby wykorzystano naukową wiedzę o komórkowych składnikach odżywczych i naturalnych metodach leczenia, życie miliardów mieszkańców krajów rozwijających się mogłoby zostać uratowane.
7. Eliminacja najczęstszych w dzisiejszych czasach problemów zdrowotnych uzależniona jest od jednego jedynego czynnika: jak szybko rozpowszechniona zostanie informacja odnośnie przełomu w leczeniu naturalnym? Chociaż wiedza naukowa dotycząca skutecznego zwalczania tych chorób jest dostępna,

Więcej informacji znajdziesz na stronie www.dr-rath-health-foundation.org

Te przełomowe odkrycia mogą zostać wykorzystane także do zwalczania najpoważniejszych problemów zdrowotnych w krajach rozwijających się, włączając w to AIDS oraz inne choroby zakaźne. Fundacja Zdrowia dra Ratha promuje rozpowszechnianie informacji o skutecznych i niedrogich metodach naturalnych terapii, mających na celu polepszenie zdrowia ludzi na całym świecie, w oparciu o motto: „Zdrowie dla wszystkich do roku 2020”.

DO 2020 ROKU!

- a niezbędne dla zdrowia komórkowe składniki odżywcze mogą być tania, w dowolnych ilościach i w każdym miejscu na świecie produkowane – to jakiegokolwiek próby rozpowszechniania tej ratującej ludzkie życie informacji są utrudniane.
8. Przemysł farmaceutyczny próbuje chronić swój światowy rynek syntetycznych produktów, przede wszystkim poprzez zakaz stosowania naturalnych terapii. Skuteczne, tanie i nie podlegające ochronie patentowej naturalne metody lecznicze zagrażają egzystencji przemysłu farmaceutycznego. Długoterminowe istnienie tego wartej biliony Euro rynku jest uzależnione od syntetycznych leków, które ze względu na ochronę patentową oferują ekstremalnie wysokie zyski. By zapewnić w sposób ciągły wysoką rentowność tej gałęzi przemysłu, międzynarodowe koncerny farmaceutyczne domagają się ustanowienia przepisów zabraniających rozpowszechniania wszelkich informacji dotyczących naturalnych metod leczniczych. W tym celu wykorzystują między innymi komisję Narodów Zjednoczonych – „Codex Alimentarius”, odpowiedzialną za międzynarodowe wytyczne w dziedzinie żywienia, podobnie jak urzędy krajowe i międzynarodowe.
 9. Dziś ludzkość stoi przed największym wyzwaniem w historii. Prawo do zdrowia i życia miliardów ludzi zagrażają, zorientowane wyłącznie na zyski, interesy akcjonariuszy przemysłu farmaceutycznego. Cele obu grup są nie do pogodzenia i wykluczają się wzajemnie. W globalnej polemice pomiędzy życiem i zdrowiem ludzi, a zyskiem z opatentowanych leków musi wziąć udział i opowiedzieć się – po której stronie stoi – każdy rząd, każda państwowa i prywatna instytucja. Osądzi ich historia!
 10. Cel „Zdrowie dla każdego do 2020 roku” jest już w zasięgu. To, czego natychmiast potrzebujemy, to ogólnościatowe starania o jak najszybsze rozpowszechnienie znaczenia witamin i innych naturalnych metod leczniczych w każdym kraju.
 - wzywam Organizację Narodów Zjednoczonych oraz inne organizacje międzynarodowe do promowania naturalnego lecznictwa z wykorzystaniem wszystkich możliwych środków.
 - wzywam polityków w każdym kraju do wdrażania naturalnego lecznictwa jako integralnego elementu polityki zdrowotnej.
 - wzywam lekarzy do wprowadzania do dziennej praktyki naturalnych terapii, w celu poprawy stanu zdrowia pacjentów.

Wzywam wszystkich do rozpowszechniania tej informacji ratującej zdrowie i życie milionom współmieszkańców.

Johannesburg, sierpień 2002
Dr Matthias Rath



Zdrowie i pokój zamiast chorób i wojen!

Przed dziesięcioma laty, dwukrotny laureat nagrody Nobla: pokojowej i z dziedziny chemii – dr Linus Pauling powiedział dr. Rathowi:

„Twoje odkrycia, są tak ważne, bo dotyczą milionów ludzi i zagrażają wielkim gałęziom przemysłu. Pewnego dnia mogą wybuchnąć wojny, których jedynym celem będzie zahamowanie dostępu do rozpowszechnienia twoich przełomowych odkryć. Wówczas nadejdzie czas próby, kiedy będziesz musiał stawić opór!”

Tekst z Listu Otwartego dra Ratha, opublikowanego po raz pierwszy 28 lutego 2003 roku w dzienniku New York Times:

Miliony ludzi na całym świecie zaczynają uświadamiać sobie dzisiaj, iż przemysł farmaceutyczny jest przemysłem inwestycyjnym, który opiera się na nieprzerwanym istnieniu chorób. Istnieją jednak cztery główne czynniki zagrażające jego przetrwaniu:

1 Nierozwiązywalne konflikty interesów. Istotą farmaceutycznego przemysłu inwestycyjnego są „profity z chorób”. Podstawą działania przedsiębiorstw jest ochrona patentowa dla nowych, syntetycznych leków, zwalczających jedynie symptomy chorób oraz związane z nią zyski. Nieprzerwane istnienie i rozprzestrzenianie się chorób jest warunkiem wstępnym dla dalszego rozwoju przemysłu farmaceutycznego. Zapobieganie oraz ich eliminacja zagraża podstawom ekonomicznym tego przemysłu.

2 Nierozwiązywalne konflikty prawne. Fala wnoszonych przez pacjentów pozwów sądowych, dotyczących śmiertelnych efektów ubocznych środków farmaceutycznych, grozi sparaliżowaniem tego przemysłu. Nie zanoszi się na szybki ich koniec, ponieważ w krajach uprzemysłowionych działania uboczne leków stanowią czwartą z najważniejszych przyczyn zgonów. Na skutek działań ubocznych farmaceutyków umiera rocznie w USA więcej ludzi, niż podczas II Wojny Światowej i wojny w Wietnamie.

3 Nierozwiązywalne konflikty etyczne. Przemysł farmaceutyczny stoi w nierozwiązalnym konflikcie pomiędzy utrzymaniem dochodów z opłat patentowych, a zaspokajaniem zdrowotnych potrzeb ludzi. W krajach rozwijających się, dbałość o zyski ze sprzedaży leków stała się głównym czynnikiem sprzyjającym rozprzestrzenieniu się AIDS i innych epidemii.

4 Nierozwiązywalne konflikty naukowe. Postęp w badaniach nad witaminami, medycyną komórkową oraz leczeniem naturalnym pozwala na opanowanie większości najbardziej rozpowszechnionych obecnie chorób. Te bezpieczne, skuteczne i niedrogi naturalne metody leczenia skupiają się na zapobieganiu i likwidowaniu chorób, a nie tylko na

łagodzeniu objawów. Fakt ten oraz niska opłacalność metod naturalnych, których nie da się opatentować, zagrażają podstawom ekonomicznym przemysłu farmaceutycznego.



The New York Times

Algemeen Dagblad

The Star

CORRIERE DELLA SERA

EL PAIS

Le Monde

الاتحاد

Hürriyet

**INTERNATIONAL
Herald Tribune**

Neue Zürcher Zeitung

The Straits Times

Daily Telegraph



PHARMA-CARTEL WAR PLANS CAN NO LONGER BE ACHIEVED!



Projekt zdrowego świata

W niedzielę 23 marca 2003 roku, w wigilię uroczystości wręczenia w Los Angeles Nagród Akademii Filmowej – „Oscarów”, opublikowałem kolejne „Wezwanie do Działania” w dzienniku Los Angeles Times, największej gazecie ukazującej się w tym mieście. Mieszkańcy Los Angeles i znakomitości z całego świata zabrały to przesłanie do swoich domów.

Informacja ta zwracała uwagę opinii publicznej na fakt, że warunkiem wstępnym wyeliminowania współczesnych chorób cywilizacyjnych jest likwidacja przemysłu czerpiącego „profity z chorób”, skupionego wokół grupy inwestycyjnej Rockefellera. Przez ponad wiek jej przedstawiciele w sposób planowy budowali kosztem życia i zdrowia milionów ludzi najbardziej dochodowy przemysł inwestycyjny na Ziemi. Aby osiągnąć swe cele, wykorzystali wszystkie obszary życia społecznego, włączając medycynę, media, rządy, a nawet największe polityczne organizacje na Ziemi, takie jak Światowa Organizacja Zdrowia (WHO).

Los Angeles Times, 23 marca 2003 roku

Wojna z Irakiem dopiero się zaczęła, a już znany jest jej zwycięzca: mieszkańcy świata. W ciągu ostatnich tygodni informowaliśmy mieszkańców Ameryki i całego świata o tej wojny oraz o tym, kto najbardziej na niej korzystał – o przemyśle farmaceutycznym.

Informacja ta została po raz pierwszy opublikowana w dzienniku New York Times, w mieście, w którym przywódcy polityczni zbierali się w ciągu ostatnich miesięcy na forum ONZ z częstotliwością niespotykaną do tej pory w historii. Międzynarodowe napięcie i dążenie ku wojnie stworzyły klimat, w którym informacja o przemyśle farmaceutycznym jako głównym beneficjencie ‘wojny z terroryzmem’ rozprzestrzeniła się z prędkością huraganu.

Globalne rozprzestrzenienie się tej informacji było także ważnym powodem, dla którego małe kraje mające swych przedstawicieli w Radzie Bezpieczeństwa niespodziewanie

nie poddały się presji wywieranej na nie przez amerykańską i brytyjską dyplomację, odmawiając jakiegokolwiek mandatu i wsparcia ze strony prawa międzynarodowego dla planowanej wojny.

Dlatego też wojna prowadzona przez administrację Busha i Blaira nie może już doprowadzić do osiągnięcia głównego politycznego i ekonomicznego celu – narzucenia monopolu wielomiliardowego farmaceutycznego „profitu z chorób” obecnym i przyszłym mieszkańcom tej planety.

Jako naukowiec, którego odkrycia umożliwiły eliminację najbardziej rozpowszechnionych współczesnych chorób, który zde-maskował korporacyjnych beneficjentów obecnej wojny, uznaję za swój obowiązek zwrócić się do narodów świata i ich przywódców politycznych z apelem o natychmiastowe rozpoczęcie budowy „Świata bez chorób“!

23 marca 2003 roku

Los Angeles Times

23 marca 2003 roku

Make Health - Not War!

Call to Action to the Heads of States and the People of the World

Health for All by the Year 2020

Manhood now has an unique opportunity to liberate itself from today's most common diseases.

A BREATHE-TAKING PERSPECTIVE

• Cardiovascular disease has been identified as the result of a structural impairment of the blood vessel wall similar to the ulcer's disease scars. Upstream supply of vitamin C and other micronutrients that stimulate the production of collagen - the vascular strengthening molecule - is an effective, safe and affordable way to prevent heart attacks and strokes. Thus, the number one cause of death in the industrialized world today can largely be eradicated in this and future generations.

Global implementation of this scientific breakthrough will save millions of lives, billions in health care dollars and eliminate the trillion-dollar pharmaceutical business with cardiovascular disease.

• High blood pressure, heart failure, irregular heart beat, and diabetic circulatory problems are primarily the result of long-term micronutrient deficiencies impairing the function of millions of cells that compose the heart muscle and the blood vessel walls.

Global implementation of this scientific breakthrough will save millions of lives, billions in health care dollars and eliminate the trillion dollar pharmaceutical business with these diseases.

• Cancer, the second most frequent cause of death in the industrialized world is no longer a death verdict. All cancer cells perish by using the same mechanism. They produce massive amounts of collagen-forming enzymes capable of paving their way through the immune body during cancer spread.

Effective, safe and affordable micronutrients such as the amino acid lysine, vitamin C and other specific nutrients block these enzymes and thereby impede cancer disease without any side effects.

Global implementation of this scientific breakthrough will save millions of lives, billions in health care dollars and eliminate the trillion dollar pharmaceutical business with cancer.

• Infectious diseases, AIDS and other epidemics are the leading cause of death in the developing world. Un-known and other natural nutrients regulate the production of white blood cells and optimize immune system function to the fight against tuberculosis and other epidemics. Moreover, vitamin C alone has been shown to reduce the multiplication of the HIV virus to less than 1% of its normal rate. This simple vitamin is more effective than any combination of expensive pharmaceutical drugs.

Global implementation of this scientific breakthrough will save millions of lives, billions in health care dollars and eliminate the trillion dollar pharmaceutical business with AIDS and other infectious diseases.

In contrast, today's most common diseases continue to be largely unattended by natural therapies, thereby impede our human health globally and undermining the pharmaceutical investment business with disease.

WHY THIS DID NOT HAPPEN EARLIER

In the beginning of the 21st century mankind wakes up to a nightmare. A hundred years ago the Rockefeller Group already controlling the global oil business at that time, defined another global investment market: the human body and the disease it hosts.

The reason for this investment became dependent on the possibility of drugs and the respective patent royalties. Under the umbrella of "pharmaceutical" and "biotechnology" is marketed the greatest discovery in the history of mankind was strategically developed.



Every country that focuses its health care programs on effective, natural, non-patented health approaches is an important step towards a healthier and more peaceful world.

We can follow the elimination of cancer from the globe if the pharmaceutical investment business with disease" on the **Shallness of our Foundation**.

Millions of patients were promised a "cure" for their health problems, but the vast majority of the "miracles" sold had no proven efficacy, at best they served as placebos. By triggering an epidemic of new diseases from drug side-effects, these deceptive products seriously expanded the "disease market".

A strategic presentation for this new market was the elimination of "competition" from effective natural therapies. The basic knowledge about the essential nutrients required for optimum cellular metabolism was systematically eliminated from medical schools, the textbooks of medicine and from the minds of generations of doctors.

Over several decades the pharmaceutical business with disease became the largest investment industry on planet earth. The huge profits were used to gain influence in all areas of society, including science, medicine, media and politics. Even the biggest biomedical studies did not focus on holistic

WE NEED A NEW WORLD HEALTH ORGANIZATION

The World Health Organization was founded more than 30 years ago to promote health on a global level. At that time we were to improve health through medicine, including microorganisms. Within two decades the influence of the pharmaceutical cartel had entered into focus by allowing the WHO and other UN organizations (e.g. "United Nations") this industry in trying to improve global production (also to produce and promote the pharmaceutical investment business with patented drugs from being eliminated by naturally superior, but non-patented natural therapies.

As the direct result of this often "take-over" of our global health care by the pharmaceutical industry during the past century, hundreds of millions of people have died from diseases that could have been cured long ago - if not for the multi-billion-dollar pharmaceutical investment business with disease - today estimate that one billion people suffer from micronutrient deficiencies in the developing world alone. Thus, all of us must now work towards building a new world health organization that focuses on from today's most common diseases.

WE NEED A NEW HEALTHY AND PEACEFUL WORLD

Health is a basic human right. We, the people of the earth will not allow this right to be withheld from us any longer. We will not rest until the right to health - particularly the uncontrolled access to natural therapies - has become a human right for all people of the world, guaranteed by national and international conventions.

I call upon every person on earth: No matter where you live and what you do, you should start building this new world right now! Every living man, every doctor's office or hospital, every school, university, community center, sports education club work on ways that promote natural health in a free, safe, peaceful, caring, a healthier world. By contributing this new world we not only eliminate entire diseases but also release 100 billion of dollars in funds that are currently wasted for preventing disease and destruction.

I call upon the political leaders to implement natural health as the basis of a new, nation-oriented national health care policy. Now that this scientific knowledge is available around the world, you must act if to improve the health of your people. Every country that contributes its health care towards natural health is a quantum step forward towards a common goal: Health for All by the Year 2020.

There is no time to be lost!

Sincerely,

Manin Rau.

Więcej informacji znajdziesz na stronie www.dr-rath-foundation.org

Wizja świata zdrowia, pokoju i sprawiedliwości społecznej

15 czerwca 2003 roku, przedstawiciele 5 kontynentów przybyli na moje zaproszenie do Hagi – siedziby Międzynarodowego Trybunału Sprawiedliwości i jednogłośnie poparli „Konstytucję dla Świata Pokoju, Zdrowia i Sprawiedliwości Społecznej”. Konstytucja ta – proklamowana kilka tygodni po zakończeniu wojny w Iraku – jest początkiem globalnej kampanii zdrowotnej i edukacyjnej, której celem jest zakończenie „profitów z chorób” oraz uwolnienie społeczeństwa od ciężaru chorób serca, układu krążenia i innych.

PROGRAM NA PRZYSZŁOŚĆ: POKOJU, ZDROWIA I

Na początku trzeciego tysiąclecia ludzkość stoi na rozdrożu. Po jednej stronie znajdują się interesy sześciu miliardów ludzi oraz przyszłych pokoleń. Zasługują oni na zdrowe i godne życie w świecie pokoju i sprawiedliwości społecznej. Po drugiej zaś stronie stoi garstka ludzi skupionych wokół światowych grup finansowych, które ograniczają pozostałym dostęp do tych podstawowych praw człowieka tylko z jednego powodu: bezgranicznej materialnej zachłanności.

W tej sytuacji, my, mieszkańcy świata, możemy wybrać: albo pozwolimy, aby grupy interesu ekonomicznego, które bez skrępołów narzucają nam choroby i wojny, nadal nami poniewierały, albo wyzwolimy się spod tego jarzma i zaczniemy budować świat, promujący podstawowe wartości pokoju, zdrowia i sprawiedliwości społecznej.

My, mieszkańcy świata, uznajemy, że jeszcze nigdy wcześniej w historii nie byliśmy bardziej zjednoczeni w celu zachowania pokoju, ukrócenia inwestycyjnego przemysłu „profitów z chorób” oraz postawienia przed obliczem sprawiedliwości tych, którzy poświęcili zdrowie i pokój dla zysku korporacji.

Dlatego my, ludzie ze wschodu i zachodu, północy i południa, z zamożnych i ubogich krajów, zdecydowaliśmy się stworzyć spokojny, zdrowy, i sprawiedliwy świat – dla nas i dla przyszłych pokoleń.

Oświadczamy, że naszymi fundamentalnymi prawami są:

Prawo do pokoju. My, mieszkańcy świata, jesteśmy zdecydowani bronić naszego prawa do pokoju wszelkimi dostępnymi nam sposobami. W dobie broni masowej zagłady wojna nie może być metodą rozwiązywania międzynarodowych konfliktów. Zagwarantujemy, że ci, którzy prowadzą wojnę bez wyraźnego mandatu ze strony prawa międzynarodowego, zostaną pociągnięci do odpowiedzialności za swe zbrodnie. Nie spoczniemy, dopóki nie zostaną ukarani, ponieważ jest to jedyna droga ochrony naszej planety przed zagładą.

Prawo do życia. My, mieszkańcy całego świata, jesteśmy zdecydowani bronić naszego prawa do życia wszelkimi dostępnymi nam sposobami. Nie spoczniemy, dopóki wszystkie czynniki ograniczające średnią długość życia mieszkańców Ziemi nie zostaną wyeliminowane. Będziemy walczyć z głodem, niedożywieniem i innymi czynnikami zabijającymi rokrocznie miliony mieszkańców, wliczając w to niemowlęta i dzieci. Doprowadzimy do likwidacji „profitów z chorób”, wskutek których zmarło przedwcześnie na uleczalne choroby więcej ludzi, niż w wyniku wszystkich wojen w historii ludzkości.

Prawo do zdrowia. My, mieszkańcy całego świata, jesteśmy zdecydowani bronić naszego prawa do zdrowia wszelkimi dostępnymi sposobami. Aby tego dokonać, zagwarantujemy, że „farmaceutyczne profity z chorób”

Każdy powinien wspierać ten Program!



W tym samym dniu złożyłem w imieniu mieszkańców świata skargę do Międzynarodowego Trybunału Sprawiedliwości ONZ (ICC) w Hadze, aby raz na zawsze skończyć z promowaniem chorób dla zysku korporacji oraz z innymi zbrodniami przeciwko ludzkości.

KONSTITUCJA DLA ŚWIATA SPRAWIEDLIWOŚCI SPOŁECZNEJ

i świadoma promocja chorób dla celów komercyjnych, będą zabronione prawnie na całym świecie. Pociągniemy do odpowiedzialności tych, którzy celowo wpływają na szerzenie się chorób, jak i tych, którzy zatajają ratujące życie informacje zdrowotne dotyczące naturalnych, nie podlegających patentom metod terapii. W zakresie lokalnej poprawy ochrony zdrowia oraz tworzenia narodowych programów ochrony zdrowia położymy nacisk na efektywne i bezpieczne środki naturalne. Głównym celem każdego systemu ochrony zdrowia musi być zapobieganie i eliminowanie chorób.

Prawo do sprawiedliwości społecznej. My, mieszkańcy całego świata, jesteśmy zdecydowani zrobić wszystko, co w naszej mocy, aby bronić naszego prawa do sprawiedliwości społecznej wszelkimi dostępnymi sposobami. Nie będziemy dłużej tolerować faktu, iż dwóch na trzech mieszkańców świata żyje w ubóstwie i analfabetyzmie. Zagwarantujemy, że środki finansowe świata będą ponownie rozdzielone w sposób, który zapewni właściwą edukację i godne życie każdemu mieszkańcowi naszej planety. Aby sfinansować to ponowne rozdzielanie zasobów, wykorzystamy środki finansowe z likwidacji wartego biliony Euro przemysłu „profitów z chorób” i pochodzące ze zmniejszenia wydatków na zbrojenia.

Uznajemy, że pierwszym krokiem do osiągnięcia tych celów jest pociągnięcie do odpowiedzialności przed

międzynarodowymi sądami tych grup interesu, które są odpowiedzialne za rozpowszechnianie chorób i wojen, poświęcenie życia milionów ludzi i inne zbrodnie wobec ludzkości.

Publiczne udokumentowanie tych zbrodni oraz orzeczony wyrok wobec odpowiedzialnych sprawi, że usunięta zostanie ostatnia przeszkoda w zakończeniu „mrocznego okresu chorób, wojen i niesprawiedliwości” i rozpoczęciu budowy „nowego świata pokoju, zdrowia i sprawiedliwości społecznej”.

W imieniu mieszkańców świata –

Dr Matthias Rath

Więcej informacji na temat wspierania Konstytucji
znajdziesz na stronach: www.dr-rath-health-foundation.org

Globalna kampania edukacyjna

Nasza kampania informacyjna odbiła się głośnym echem na całym świecie. Lista rządzących, instytucji prywatnych i publicznych, międzynarodowych firm, uniwersytetów itd., którzy odwiedzili nasze strony internetowe i kontaktowali się za ich pośrednictwem stale się powiększa, a odwiedzających zaliczyć można do bardzo wpływowych na świecie. Poniżej zamieszczono tylko częściową ich listę:



Organizacje rządowe w:

- Australii
- Belgii
- Brazylii
- Kanadzie
- Chile
- Niemczech
- Egipcie
- Indiach
- Włoszech
- Jordanii
- Malezji
- Holandii
- Norwegii
- Republice Południowej Afryki
- Hiszpanii
- Szwecji
- Turcji
- USA (Departament Obrony)

Inne organizacje:

- Akademia Nauk z: Bułgarii, Rosji, Szwecji etc.
- Development Bank z Singapuru
- Dow Jones & Co.
- Komisja Europejska
- Ministerstwo Zdrowia Chile
- Kaiser Health Insurance (US)
- Karolinska Institutet Medical University
- Biblioteka Publiczna w Los Angeles
- OPEC Fund
- Agencja Reutersa
- Royal Communications Jordania
- South African Broadcasting Corp.
- Stany: Kalifornia, Floryda, Georgia, Illinois, Minnesota, New Jersey i Teksas
- Narodowa Służba Zdrowia Wielkiej Brytanii
- UNO, WHO i UNICEF
- Amerykańskie Centra Kontroli Chorób
- gazeta: USA Today

Ogólnoświatowe poparcie

Zamieściłem poniżej kilka cytatów, które reprezentują milionową rzeszę popierających nas głosów:

„Przeczytałem Twoje informacje w Australii – fantastyczna robota! Gratulacje za uczciwość!”
Australia



„Naprawdę gratuluję Ci odwagi.”
Argentyna



„Wspieram dr. Ratha w jego misji oświecania świata w kwestii prawdy na temat koncernów farmaceutycznych”. Londyn



“Doceniam pracę, jaką wykonuje dr Rath, aby uświadomić mnie i cały świat. Cokolwiek zrobimy, aby pomóc mu w poruszeniu opinii publicznej i polityki rządowej, będzie krokiem we właściwym kierunku”. Stany Zjednoczone



Korporacje:

- Abbott Laboratories
- Bayer
- Boeing
- Chase Manhattan
- Deutsche Bank
- Eli Lilly
- Exxon
- Glaxo Smith Kline Beecham
- Halliburton
- Koch Industries
- Merck
- Microsoft
- Pfizer
- Raytheon Company
- Shell
- Siemens
- Swiss Bank Corporation
- Texaco
- Visa
- Xerox

Universytety:

- Austria: Wiedeń, Innsbruck etc.
- Argentyna: Buenos Aires etc.
- Kanada: Mc Gill etc.
- Kuba: Cienfuegos
- Niemcy: Heidelberg, Berlin etc.
- Francja: Grenoble etc.
- Indie: Madras etc.
- Włochy: Bolonia, Mediolan, Rzym etc.
- Japonia: Nagoya etc.
- Korea: Seul etc.
- Meksyk: Uniwersytet Narodowy etc.
- Holandia: Amsterdam, Rotterdam etc.
- Polska: Warszawa, Kraków etc.
- Singapur: Uniwersytet Narodowy etc.
- Hiszpania: Madryt, Sewilla, Salamanka etc.
- Szwecja: Akademia Ekonomiczna etc.
- Republika Południowej Afryki: Cape Town, Pretoria etc.
- Wielka Brytania: Oxford, Kings, Londyn, Walia etc.
- USA: Stanford, Harvard, Berkeley, Columbia, Rutgers, Mayo, Yale etc.

Dr Matthias Rath

PETYCJA W SPRAWIE WOLNOŚCI DOSTĘPU DO WITAMIN

Każdego roku koncerny farmaceutyczne zarabiają kilkaset miliardów dolarów w skali światowej tylko na sprzedaży leków na choroby serca i układu krążenia. Naukowy przełom w profilaktyce i leczeniu wspomagającym chorób serca i układu krążenia prowadzi do załamania się światowego rynku farmaceutyków i zagraża egzystencji tej gałęzi przemysłu.

W swojej walce o przetrwanie przemysł farmaceutyczny stworzył globalny „kartel farmaceutyczny”, którego głównym zadaniem była blokada naturalnych metod leczniczych umożliwiających eliminację chorób. Dzięki wykorzystaniu Komisji „Codex Alimentarius” Światowej Organizacji Zdrowia, Parlamentu Europejskiego oraz innych narodowych i międzynarodowych instytucji politycznych, kartel farmaceutyczny zmierza do zakazu rozpowszechniania na świecie jakichkolwiek informacji na temat zapobiegawczych i leczniczych właściwości witamin, minerałów i innych naturalnych, nie podlegających patentom środków terapii.

W tej sytuacji miliony ludzi na całym świecie muszą bronić swojego zdrowia i życia przed interesami tego farmaceutycznego przemysłu „profitu z chorób”.

Wolny i nieograniczony dostęp do terapii witaminowych i innych naturalnych metod leczniczych w skali całego globu jest pierwszym krokiem do eliminacji chorób serca i układu krążenia oraz innych chorób cywilizacyjnych.

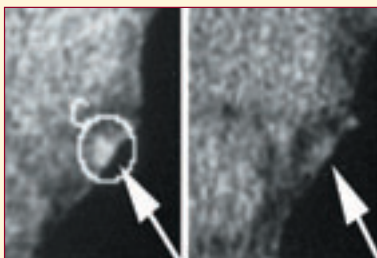
Domagamy się od naszego rządu i od rządów wszystkich innych krajów:

- **Zniesienia wszystkich barier ograniczających wolny dostęp do witamin i innych niezbędnych składników.**
- **Rozpowszechnienia ratującej życie informacji o zdrowotnych właściwościach witamin i naukowo uzasadnionych naturalnych metodach terapii.**
- **Promowania eliminacji chorób serca i innych chorób za pomocą wszelkich dostępnych środków.**

Trwająca ponad 10 lat misja

1991: odkrycie podstaw medycyny komórkowej

W roku 1991 dr Matthias Rath odkrył związek zachodzący pomiędzy niedoborem witaminy C, szkorbutem a chorobami serca i układu krążenia. Ta zależność stała się podstawą medycyny komórkowej i eliminacji chorób cywilizacyjnych, takich jak: udar mózgu, czy zawał serca.



1991

1992: zwycięstwo nad śmiercią z powodu chorób serca jest możliwe

2 lipca 1992 roku, w San Francisco odbyła się konferencja prasowa z udziałem dra Ratha i dra Linusa Paulinga, której podsumowaniem było stwierdzenie: zwycięstwo nad śmiercią z powodu chorób serca jest możliwe. W tym samym roku dr Rath ogłosił pierwsze założenia dotyczące naturalnej kontroli chorób nowotworowych.



1992

1993: przemysł farmaceutyczny rozpoczyna kampanię przeciw wolności witaminowej

Amok koncernów farmaceutycznych i ich pomocników z FDA nie był przypadkowy, lecz długofalowo planowany. To była skalkulowana i konkretna reakcja przemysłu farmaceutycznego na medyczny przełom i odkrycie zależności pomiędzy szkorbutem i zawałem serca.



1993

zdrowia dla milionów ludzi

1994



1994: ustawa o prawie do wolności witaminowej (DSHEA) została jednoznacznie uchwalona

W roku 1994, w Stanach Zjednoczonych Parlament przyjął jednoznacznie ustawę o prawie do wolności witaminowej „Dietary Supplement Health and Education Act”.

To stało się przyczyną największej porażki w historii przemysłu farmaceutycznego.

1995



1995: odpowiedzią na poniesioną w USA porażkę było rozpoczęcie ataku na płaszczyźnie międzynarodowej

W 1995 roku przemysł farmaceutyczny rozpoczął na płaszczyźnie międzynarodowej przeciwnatarcie, wykorzystując przy tym Organizację Narodów Zjednoczonych. W ramach komisji „Codex Alimentarius” nie ustają próby wprowadzenia zakazu terapii witaminowych dla krajów członkowskich ONZ.

1996



1996: „Codex Alimentarius” – konferencja w Niemczech

Od października 1996 roku członkowie komisji „Codex Alimentarius” spotykają się regularnie w celu uprawomocnienia na świecie informacyjnego bojkotu, dotyczącego naturalnych metod leczniczych.

1997: 3700 ludzi uchwała historyczny program, stanowiący przełom w medycynie

„Program z Chemnitz” przyjęty został z wielkim aplauzem przez 3700 uczestników wykładu dra Ratha, który odbył się 21 czerwca 1997 roku w Chemnitz, w Niemczech. Było to pierwsze, publiczne wypowiedzenie walki lekceważącym ludzkość planom koncernów farmaceutycznych w ramach komisji „Codex Alimentarius”.



1997

1998: masowe protesty ponownie zapobiegają „sukcesowi” konferencji „Codex Alimentarius”

W październiku 1998 roku ponownie spotykają się przedstawiciele komisji „Codex” z 44 krajów, na posiedzeniu w Berlinie. W wyniku protestów napływających z całego świata nieetyczne plany kartelu farmaceutycznego zostają powstrzymane.



1998

1999: powstrzymanie planowanego zakazu stosowania terapii witaminowych w Wielkiej Brytanii

Również w Wielkiej Brytanii planowano zakaz terapii witaminowych przez wprowadzenie ustawy: „MLX 249”. O tych pozbawionych skrupułów zamierzeniach prawnych przemysłu farmaceutycznego poinformował mieszkańców Londynu w miejscowej gazecie dr Rath: brytyjski rząd na skutek masowych protestów przerwał letni wypoczynek i na posiedzeniu kryzysowym wycofał ustawę „MLX 249”.



1999

2000

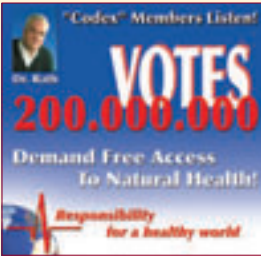


żliwiający wprowadzenie zakazu terapii witaminowych. Obszerne szkolenia edukacyjne i różnorodne formy akcji protestacyjnych przybierają na sile.

2000: następne historyczne zwycięstwo nad berlińską konferencją „Codex”

W czerwcu 2000 roku ponownie zbiera się w Berlinie komisja „Codex Alimentarius”. Dr Rath wraz z „Koalicją na Rzecz Zdrowia” stają się rozstrzygającymi faktoraami, uniemo-

2001



2001: przełom w badaniach nad nowotworami – decyzja „Codexu” ponownie odłożona

Podstawowe założenia dra Ratha, dotyczące naturalnej kontroli chorób nowotworowych zostały potwierdzone poprzez długoletnie badania w oparciu o jego wytyczne. Biologiczne substancje, hamujące rozprzestrzenianie się komórek nowotworowych zostały zidentyfikowane.

Wyniki doświadczeń pokazują całkowite zatrzymanie przerzutów przy różnych rodzajach nowotworów. W listopadzie ponownie dochodzi do udaremnienia decyzji komisji „Codex” przez demonstrację przed budynkiem posiedzeń i akcje protestacyjne w Internecie.

2002



2002: Parlament Europejski ogłasza dyrektywę, pomijając 600 milionów protestacyjnych e-maili

Nowatorski postępowanie w badaniach nad rakiem zdopingował kartel farmaceutyczny do natychmiastowego działania. W marcu 2002 poddano pod uwagę

dyrektywę zabraniającą skutecznych, naturalnych dodatków dietetycznych w profilaktyce chorób. Moja praca przyczyniła się jednakże do przesunięcia ostatecznej decyzji przez Parlament Europejski o dalsze trzy lata.

O Autorze

Dr med. Matthias Rath jest słynnym na całym świecie lekarzem i naukowcem, który doprowadził do przełomu w naturalnym zapobieganiu i leczeniu miażdżycy – głównej przyczyny zawałów serca i udarów mózgu. Za ten przełom dr Rath otrzymał pierwszy na świecie patent w dziedzinie naturalnego leczenia choroby sercowo-naczyniowej. Dr Rath jest twórcą medycyny komórkowej, nowego naukowego rozumienia przyczyn dzisiejszych chorób cywilizacyjnych (włączając w to choroby serca oraz nowotwory) jako konsekwencji długotrwałego niedoboru witamin, minerałów oraz innych biokatalizatorów metabolizmu komórkowego.

Obok publikowanych książek popularno-naukowych, dr Rath jest autorem licznych publikacji naukowych w renomowanych czasopismach naukowych na całym świecie, między innymi w *Arteriosclerosis (Miażdżyca)* Amerykańskiego Towarzystwa Serca oraz w *Proceedings of the National Academy of Sciences (Doniesienia Narodowej Akademii Nauk)*, USA. Jego książki zostały przetłumaczone na ponad 10 języków, miliony ich egzemplarze zostały sprzedane na całym świecie.

Dr Rath jest założycielem i kierownikiem międzynarodowego instytutu badawczo-rozwojowego, który stawia sobie za cel eliminację większości najbardziej rozpowszechnionych współczesnych chorób za pomocą medycyny komórkowej oraz skutecznych i niedrogich naturalnych metod terapii.

Przełomowe odkrycia dra Ratha w obszarze naturalnego opanowania choroby serca oraz innych schorzeń zaczęły stanowić zagrożenie dla wielomiliardowego farmaceutycznego przemysłu „profitu z chorób”, opartego na leczących wyłącznie objawy, syntetycznych lekach. Bezpośrednią reakcją ze strony koncernów farmaceutycznych było rozpoczęcie globalnej kampanii, mającej na celu ustanowienie „praw ochronnych” dla ich rynków lekarstw. Celem koncernów farmaceutycznych jest zakazanie rozpowszechniania ratującej życie informacji o naturalnym zdrowiu kosztem zdrowia i życia ludzi.

Dr Rath był pierwszym, który w swoim „Programie z Chemnitz” w 1997 roku domagał się prawnego zakazu oszukańczych manipulacji przemysłu farmaceutycznego, czerpiącego zawrotne zyski z istnienia chorób. Światowe uznanie uzyskał dr Rath nie tylko za swoje osiągnięcia naukowe, ale również za cywilną postawę w walce z potęgą kartelu farmaceutycznego.

Strona internetowa dra Ratha: www.drath.com i strona jego fundacji: www.dr-rath-health-foundation.org są najważniejszym światowym źródłem informacji o medycynie komórkowej i naturalnym zdrowiu.



Inspirację do pracy znajduję w przyrodzie. Najbardziej odkrywcze myśli przychodziły mi do głowy na łonie natury, w ciszy i samotności.

Podziękowania

Pragnę podziękować wszystkim ludziom, bez których ten medyczny przełom w kierunku opanowania choroby sercowo-naczyniowej odsunąłby się w czasie na wiele lat. Szczególne podziękowania składam na ręce pani dr Aleksandry Niedzwieckiej, mojej wieloletniej współpracownicy, dziękuję całemu zespołowi badawczemu w naszym instytucie, pracownikom, członkom Koalicji na Rzecz Zdrowia oraz milionom naszych przyjaciół na całym świecie, którzy wspierają mnie w walce o wyzwolenie ludzkiego zdrowia. Jeżeli w przyszłości książki opisywać będą ten historyczny proces, to wy będziecie właśnie tymi, którym przyszłe pokolenia zawdzięczać będą wyzwolenie spod manipulacji zdrowiem i życiem ludzkim.

Moje podziękowania kieruję również do wszystkich tych, których sceptycyzm i głos sprzeciwu stanowi dla mnie nieocenione źródło inspiracji.



Dr Aleksandra Niedzwiecki i jej grupa naukowców

Program wzbogacania diety zatrzymuje rozwój wczesnej miażdżycy tętnic wieńcowych.

– Badania potwierdzone metodami superszybkiej tomografii komputerowej –

dr med. Matthias Rath i dr biochem. Aleksandra Niedzwiecki

STRESZCZENIE: Celem badania było ustalenie wpływu określonego programu składników odżywczych na zmiany (przyrost, spadek) przebiegu miażdżycy naczyń wieńcowych. Na program składały się witaminy, aminokwasy, minerały oraz pierwiastki śladowe, w tym opatentowana kombinacja składników odżywczych stosowana w profilaktyce i leczeniu choroby sercowo-naczyniowej (ten program składników odżywczych nazwaliśmy w publikacji umownie – terapią witaminową). Założeniem było prospektywne badanie terapeutyczne w okresie 12 miesięcy. Badaniem objęto 55 pacjentów ambulatoryjnych w wieku 44-67 lat o różnym stopniu zaawansowania choroby wieńcowej. Zmiany stopnia zaawansowania miażdżycy tętnic wieńcowych przed rozpoczęciem i w trakcie stosowania terapii witaminowej określano metodami superszybkiej tomografii komputerowej (superszybka TK). „Bez” terapii witaminowej przyrost miażdżycy wynosił średnio 44% rocznie (nie leczona choroba wieńcowa serca jest chorobą o agresywnym przebiegu). W trakcie stosowania terapii witaminowej spowolniony został rozwój choroby średnio o 15% w przeciągu roku, u wszystkich uczestników. W podgrupie pacjentów we wczesnej fazie choroby wieńcowej zaobserwowano wręcz zatrzymanie rozwoju choroby w przeciągu roku. W poszczególnych przypadkach stwierdzono redukcję i całkowity zanik wcześniej istniejących zwągnięć. Niniejsze badanie stanowi pierwsze badanie kliniczne dokumentujące skuteczność stosowania określonej terapii witaminowej w hamowaniu miażdżycy naczyń wieńcowych serca, w okresie jednego roku. Przetestowana w tym badaniu terapia witaminowa jest dotychczas najskuteczniejszym i jednocześnie pozbawionym działań ubocznych środkiem w profilaktyce i terapii wspomagającej chorób serca i układu krążenia.

Adres korespondencyjny: Rath Education Services B. V., Postbus 859, NL-7600 AW Almelo, Internet: www.drath.com
Słowa kluczowe: choroba wieńcowa, superszybka tomografia komputerowa, dodatki odżywcze.

WPROWADZENIE

Według regulacji Światowej Organizacji Zdrowia każdego roku ponad 12 milionów ludzi umiera z powodu ataków serca, udarów mózgu i innych form choroby sercowo-naczyniowej.(1) Bezpośrednie i pośrednie koszty leczenia choroby sercowo-naczyniowej stanowią największą pojedynczą sumę wydatków na ochronę zdrowia, ponoszonych w każdym z krajów rozwiniętych na świecie. Pomimo umiarkowanych sukcesów niektórych krajów w zakresie obniżania współczynnika śmiertelności z powodu zawałów serca i udarów mózgu, epidemia choroby sercowo-naczyniowej nadal szerzy się na skalę światową.

Dyskutowana obecnie koncepcja przyczyn chorób serca i układu krążenia koncentruje się na podwyższonym poziomie we krwi tzw. czynników ryzyka np. cholesterolu, które hipotetycznie odpowiedzialne są za uszkodzenia ścian naczyń krwionośnych i wywołanie miażdżycy, a w konsekwencji choroby sercowo-naczyniowej. (2-4) W związku z tym leki obniżające poziom cholesterolu oraz obniżające poziom innych czynników ryzyka we krwi propagowane są również w profilaktyce schorzeń sercowo-naczyniowych, pomimo braku dowodów istnienia bezpośredniej zależności pomiędzy wysokim poziomem cholesterolu a częstotliwością wystąpienia zawału serca.

Dr Matthias Rath zaproponował nowe, uzasadnione naukowo, racjonalne wyjaśnienie przyczyn powstawania choroby sercowo-naczyniowej.(5-6) Można je streścić następująco: główną przyczyną chorób serca i układu

krążenia jest chroniczny niedobór witamin oraz innych niezbędnych składników odżywczych. Te naturalne składniki pełnią w organizmie ściśle określone, biochemiczne funkcje jako: koenzymy (biokatalizatory), komórkowe nośniki energii oraz przeciwutleniacze.(7-8) Chroniczny niedobór składników odżywczych w komórkach ścian naczyń krwionośnych (śródbłonek, komórki mięśni gładkich) upośledza ich funkcjonowanie. Na przykład chroniczny niedobór witaminy C w ścianie naczyń – podobnie jak w przypadku skorbutu – prowadzi do osłabienia struktury ściany naczyń i mikrouszkodzeń. Te zmiany są typowymi oznakami rozpoczynającej się miażdżycy tętnic (zwągnięcia tętnic).(9-11)

Osłabienie struktury i mikrouszkodzenia są przyczyną nasilających się procesów naprawczych, co w konsekwencji prowadzi do powstania złożeń miażdżycowych. Ten mechanizm spowodowany został długotrwałym brakiem witamin. Na złogi składają się w większości czynniki ryzyka krwi, a więc tłuszcze i białka, które przenikając ze strumienia krwi do ściany tętnicy powodują równocześnie nadmierne rozrastanie się komórek ściany w obszarze uszkodzeń. Opisane mechanizmy naprawcze mają miejsce szczególnie w tej części układu krążenia, która najbardziej narażona jest na mechaniczny stres (przede wszystkim tętnica wieńcowa serca – w wyniku każdego uderzenia serca). To nowe rozumienie przyczyn pomoże wreszcie wyjaśnić, dlaczego złogi miażdżycowe powstają przeważnie w tętnicach wieńcowych i dlaczego zawały serca (a nie innych organów) są najczęstszą formą choroby sercowo-naczyniowej.

Badania na zwierzętach potwierdziły nową teorię, co zaowocowało opatentowaniem mieszanki witaminy C i innych składników odżywczych w profilaktyce i leczeniu choroby sercowo-naczyniowej.(12) Dodatkowo do tych założeń terapeutycznych stworzyliśmy program składników odżywczych, który został przetestowany w opisanym badaniu klinicznym.

PACJENCI I METODY BADANIA

Pacjenci

W badaniu brało udział 55 pacjentów – 50 mężczyzn i 5 kobiet – z udokumentowaną chorobą wieńcową, której stopień zaawansowania oceniono metodami superszybkiej TK. Warunkiem włączenia do badania było posiadanie wysokiej jakości zdjęć wykonanych superszybkim tomografem komputerowym z ostatniej wizyty w ośrodku obrazowania serca Heart Scan w południowym San Francisco. Na początku badania każdy pacjent wypełnił szczegółową ankietę, którą aktualizowano po upływie sześciu, a następnie – 12 miesięcy. Ankieta obejmowała wywiad medyczny, pytania o ostatnie objawy choroby, czynniki ryzyka, jak również styl życia pacjentów. Dokładnie ujęta została część, dotycząca odżywiania, wysiłku fizycznego i innych życiowych przyczyn choroby. Udostępnione wyniki krwi (poziom cholesterolu i trójglicerydów) wykazały normalny rozkład cech u uczestników badania. Prawie połowa pacjentów przyjmowała różnego rodzaju leki m. in. blokery wapnia, nitraty, czy środki obniżające poziom cholesterolu. Przed włączeniem do badania poinformowano pacjentów, aby nie wprowadzali zmian w sposobie odżywiania i stylu życia. Wszelkie zmiany należało uwzględnić w ankiecie. Terapia witaminowa była dokładnie kontrolowana przy pomocy ankiety, rozmów z uczestnikami i wizyt kontrolnych.

Terapia witaminowa

Pacjenci, przez okres jednego roku przyjmowali następujące witaminy i inne składniki odżywcze w ilościach:

witaminy:

witamina C 2700 mg, witamina E (d-alfa-tokoferol) 600 j.m., witamina A (w postaci beta-karotenu) 7500 j.m., witamina B-1 (tiamina) 30 mg, witamina B-2 (ryboflawina) 30 mg, witamina B-3 (niacyna i amid niacyny) 95 mg, witamina B-5 (pantotnian) 180 mg, witamina B-6 (pirydoksyna) 45 mg, witamina B-12 (cyjanokobalamina) 90 mg, witamina D (cholekalcyferol) 600 j.m.

minerale i pierwiastki śladowe:

wapń 150 mg, magnez 180 mg, potas 90 mg, fosforan 60 mg, cynk 30 mg, mangan 6 mg, miedź 1500 µg, selen 90 µg, chrom 45 µg, molibden 18 µg

aminokwasy:

L-prolina 450 mg, L-lizyna 450 mg, L-karnityna 150 mg, L-arginina 150 mg, L-cysteina 150 mg

inne składniki odżywcze:

kwask foliowy 390 mg, biotyna 300 mg, inozytol 150 mg, koenzym Q-10 30 mg, pycnogenol 30 mg oraz bioflawonoidy cytrusowe 450 mg.

Dodatkowe informacje znaleźć można na stronie internetowej www.drath.com

Kontrola przebiegu choroby wieńcowej

(dwa następne rozdziały publikacji „Kontrola przebiegu” i „Analiza statystyczna” opisują techniczne detale badania. Możecie je Państwo opuścić i przejść do rozdziału „Wyniki”.)

Superszybka tomografia komputerowa powstała w amerykańskiej firmie Imatron. Ta metoda diagnostyczna pozwala na nieinwazyjne dokonywanie pomiarów złożeń międzycygowych badanych pacjentów, bez wprowadzania środka cieniującego – kontrastu i cewnika oraz na uzyskanie dokładnej oceny z zewnątrz. Dlatego też nazywa się ją często „mammografią serca”. Dalsze informacje dotyczące tej nowej techniki diagnostycznej uzyskacie Państwo pod adresem: www.imatron.com

Rozległość zwąpień w obrębie naczyń wieńcowych oceniano w sposób nieinwazyjny przy pomocy superszybkiego tomografu komputerowego Imatron C-100, pracującego w trybie wysokiej rozdzielczości obrazu, czas akwizycji danych wynosi około 100 ms. Zastosowano zsynchronizowanie tomografu z elektrokardiogramem, aby każdy obraz utrwalany był w tej samej fazie rozkurczu, odpowiadającej 80% odstępu między załankami R. W czasie skanowania, tomograf komputerowy rejestrował 30 kolejnych obrazów w odstępach 3-milimetrowych, zaczynając od podstawy serca, poprzez całą długość tętnic wieńcowych serca. Badanie tomograficzne na początku oraz po 6 i 12 miesiącach trwania badania klinicznego obejmowało również wykonanie drugiego zestawu 30 zdjęć w odstępach 3-milimetrowych. Trzydzieści obrazów drugiej serii wykonywano w połowie 3-milimetrowego odstępu pierwszej serii zdjęć, w wyniku czego uzyskano tomogramy serca w odstępach 1,5-milimetrowych. Obciążenie pacjentów promieniami rentgenowskimi w tym badaniu było mniejsze niż 1 rad (<0.01 Gy).

Aby umożliwić identyfikację zwąpień, posłużono się jednostkami Hounsfielda (Hu) określającymi wielkość współczynnika osłabiania promieniowania. Wartość ta w naszym badaniu wynosiła 130 HU. Minimalny wymiar obszaru różniącego zwąpień wynosił 0,68 mm². Wynik oceny zwąpień w skali punktowej, określonej również jako skala CAS (Coronary Artery Scanning, ang. obrazowanie tętnic wieńcowych), obliczano mnożąc wielkość obszaru zmiany chorobowej przez współczynnik gęstości określony na podstawie maksymalnej liczby Hounsfielda w obrębie zwąpień.(13) Wartości współczynnika gęstości ustalano w następujący sposób: 1 dla złożeń o maksymalnej gęstości w przedziale 130-199 Hu, 2 dla zmian z przedziału 200-299 Hu, 3 dla zmian z przedziału 300-400 Hu oraz 4 dla zmian o gęstości >400 Hu. Całkowitą wielkość obszaru zwąpień oraz sumaryczny wynik w skali CAS dla każdego przekroju tomograficznego uzyskano dodając wielkości obszarów poszczególnych zmian oraz wyniki dla lewej głównej, lewej przedniej zstępującej, okalającej oraz prawej tętnicy wieńcowej.

Kolejne badania potwierdziły doskonałą zgodność pomiędzy uzyskanymi wynikami oceniającymi stopień zaawansowania choroby wieńcowej techniką superszybką TK z wynikami metod konwencjonalnych: koronarografią, czy histomorfometrią.(13-15) Ze względu na dokładność i nieinwazyjność tej metody obrazowania, postużono się nią do oceny wyników badania obejmującego chorych z wczesną, bezobjawową chorobą wieńcową.

Analiza statystyczna

Wskaźnik tempa rozwoju miażdżycy naczyń wieńcowych obliczono jako iloraz różnic wielkości obszarów zwapnienia lub wyników w skali CAS dla dwóch obrazów dzielony przez wskaźnik czasu – liczbę miesięcy pomiędzy wykonaniem obu zdjęć odpowiednio według wzoru: (Obszar2-Obszar1): (Data2-Data1) lub (Wynik CAS2-Wynik CAS1): (Data2-Data1). Uzyskane wyniki poddano analizie z wykorzystaniem standardowych wzorów dla średniej, mediany i odchylenia standardowego od wartości średniej (OS). Do określenia korelacji pomiędzy zmiennymi ciągłymi posłużono się współczynnikiem korelacji liniowej Pearsona. Do analizy różnic wartości średnich zastosowano jednostronny T-test Studenta na poziomie istotności $<0,05$. Rozwój miażdżycy prognozowano metodą ekstrapolacji liniowej. Rozkład wartości wskaźnika tempa rozwoju obliczanego na podstawie wyników w skali CAS opisano za pomocą wygładzonej krzywej będącej wynikiem dopasowania wielomianu trzeciego stopnia ($y=a+bx^2$, gdzie $a=0,9352959$, $b = 8,8235 \times 10^{-3}$).

WYNIKI

Celem niniejszego badania było ustalenie wpływu określonej terapii witaminowej na przebieg choroby miażdżycowej tętnic wieńcowych, szczególnie w początkowej fazie wykrytej metodami superszybkiej TK. Dlatego też ocenie poddane zostały wyniki całej badanej grupy

($n=55$), a także podgrupy pacjentów ($n=21$) z wczesną miażdżycową chorobą wieńcową, którzy w skali CAS uzyskali wynik <100 .

W tabeli 1 przedstawiono określone na podstawie ankiety cechy charakteryzujące badaną grupę oddzielnie dla całej grupy pacjentów i dla podgrupy z wczesną chorobą miażdżycową tętnic wieńcowych.

Przeprowadzone badanie jest pierwszym badaniem terapeutycznym, korzystającym z technologii superszybkiej tomografii komputerowej. Dlatego też na początku bardzo ważne było określenie, w jakim tempie tworzą się złoży miażdżycowe w normalnych warunkach, czyli bez terapii witaminowej. Rysunek 1 przedstawia przyrost złoży w tętnicach wieńcowych wszystkich 55 pacjentów, zależny od stopnia zaawansowania miażdżycy na początku badania.

Stwierdzono, że im bardziej zaawansowana miażdżycą, tym szybciej następuje jej dalszy rozwój, jeżeli nie zastosuje się określonej terapii. Stąd też średni miesięczny wskaźnik tempa rozwoju choroby wieńcowej wahał się od wartości 1 w skali CAS w przypadku pacjentów we wczesnej fazie choroby do 15 w przypadku pacjentów z zaawansowaną chorobą miażdżycową. Średnio w ciągu roku wskaźniki choroby – złoży miażdżycowe w tętnicach wieńcowych serca – wzrosły o 44%, czyli powiększyły się prawie o połowę. Po raz pierwszy w historii medycyny nasze badanie ujawniło agresywny charakter miażdżycy w wartościach wymiennych. Nabierający tempa przyrost miażdżycy podkreśla znaczenie jak najszybszego rozpoczęcia terapii właśnie w stadium początkowym choroby wieńcowej (na długo przed wystąpieniem pierwszych fizycznych objawów).

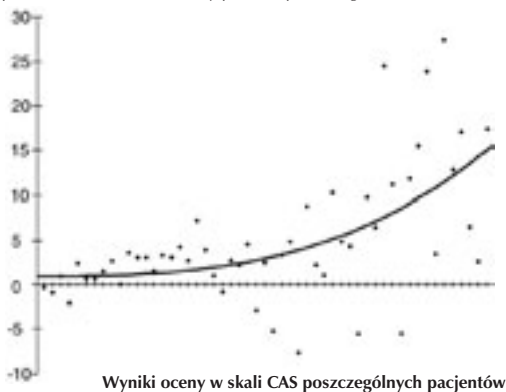
Różnice w wartości wskaźnika naturalnego tempa rozwoju choroby miażdżycowej naczyń wieńcowych przed rozpoczęciem i po roku stosowania terapii witaminowej przedstawiono na rys.2. Wyniki przedstawiono oddzielnie dla wielkości obszarów zwapnień i wyników w skali CAS.

Tabela 1: Dane kliniczne uczestników badania na podstawie ankiet pacjentów wypełnionych na początku badania.

	Wszyscy pacjenci (n = 55)	Pacjenci z początkami stwardnienia naczyń wieńcowych (n = 21)
Wiek:		
40 - 49	5 (9%)	4 (8%)
50 - 59	24 (44%)	8 (40%)
60 - 69	26 (47%)	9 (52%)
Palacz	4 (7%)	1 (5%)
Były palacz	36 (65%)	12 (57%)
Diabetyk	4 (7%)	0 (0%)
Niewydolność tarczycy	3 (5%)	1 (5%)
Zawał serca	5 (9%)	0 (0%)
Angioplastyka, balonikowanie (przedtem)	2 (4%)	1 (5%)
Zażywanie leków	27 (49%)	7 (33%)
Zażywanie witamin (przedtem)	36 (65%)	15 (71%)

Rysunek 1. miesięczny przyrost miażdżycy „bez” terapii witaminowej w zależności od stopnia zaawansowania choroby (każdy pojedynczy punkt określa jednego uczestnika badania, punkty uporządkowane zostały na podstawie rosnącego stopnia zaawansowania choroby podczas pierwszego badania)

Miesięczne zwąpnienie naczyń bez terapii witaminowej



Jak widać na rys.2a, średni miesięczny przyrost obszaru zwąpnień dla wszystkich 55 pacjentów zmniejszył się z 1,24 mm²/miesiąc (OS \pm 0,3) w okresie przed rozpoczęciem terapii witaminowej do 1,05 mm²/miesiąc (OS \pm 0,2) po roku jej trwania. W przypadku pacjentów we wczesnej fazie choroby wieńcowej (rys.2b) średni miesięczny przyrost obszaru zwąpnień zmniejszył się z 0,49 mm²/miesiąc (\pm 0,16) w okresie „bez” terapii witaminowej do 0,28 mm²/miesiąc (\pm 0,09) po roku trwania terapii.

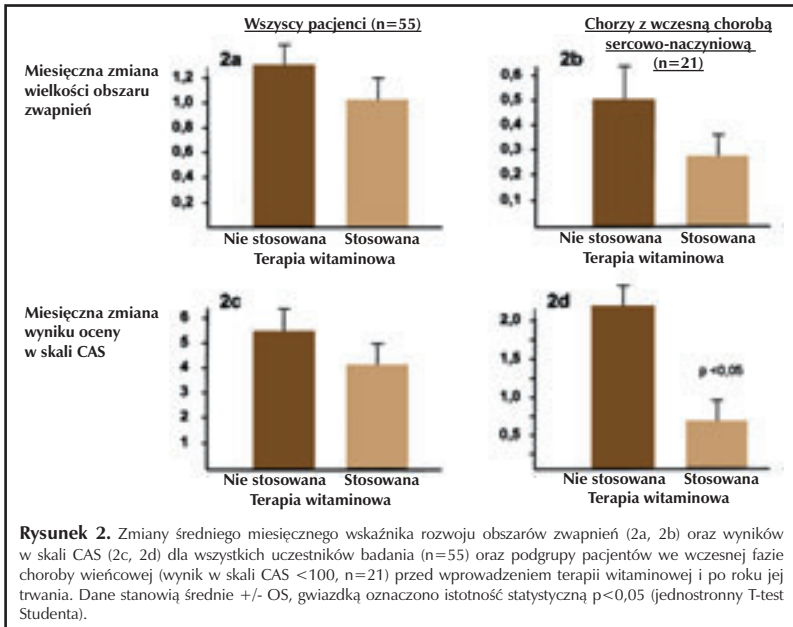
Jak przedstawiono na rys.2c średnie miesięczne zmiany całkowitego wyniku oceny w skali CAS (obszar zwąpnienia x gęstość złożeń wapniowych) dla wszystkich 55 pacjentów po roku stosowania terapii witaminowej zmniejszyły się o 11% z wartości 4,8 w skali CAS/miesiąc (OS \pm 0,97) przed rozpoczęciem programu do 4,27 w skali CAS/miesiąc (\pm 0,87). W tym samym okresie w przypadku pacjentów we wczesnej fazie choroby wieńcowej (rys.2d) odnotowano nawet 65% spadek średniego miesięcznego przyrostu całkowitego wyniku oceny w skali CAS, z wartości 1,85 w skali CAS/miesiąc (\pm 0,49) w okresie przed wprowadzeniem terapii witaminowej do 0,65 w skali CAS/miesiąc (\pm 0,36) po jej rozpoczęciu. Stwierdzone na podstawie analizy wyników w skali CAS spowolnienie rozwoju miażdżycy naczyń wieńcowych u pacjentów we wczesnej fazie choroby podczas terapii było istotne statystycznie ($p < 0,05$) (rys.2d). Choć dla pozostałych trzech zestawów danych (rys. 2a, b, c) zaobserwowano wyraźne zmniejszenie przyrostu zwąpnień naczyń wieńcowych po rozpoczęciu programu, uzyskane wyniki nie były istotne statystycznie ze względu na duży rozrzut rozmiarów zwąpnień poszczególnych uczestników na początku badania, odpowiadających różnym stopniom zaawansowania choroby.

Znamienne, iż spadek wartości wyników w skali CAS w okresie wzbogacania diety dodatkami odżywczymi zanadczyl się wyraźniej niż zmniejszenie obszarów zwąpnień. Wskazuje to na zmniejszenie – oprócz rozmiarów –

gęstości złożeń wapniowych w naczyniach wieńcowych w czasie trwania programu. (Terapia witaminowa prowadzi więc nie tylko do ograniczenia powierzchni miażdżycy tętnic wieńcowych, ale również do zmniejszenia zwąpnień – wskaźnika miażdżycy – w ścianach tętnic pacjentów).

Wprowadzono dodatkowe badania kontrolne w celu uzyskania odpowiedzi na pytanie, w jakim czasie należy liczyć się z potwierdzonym efektem leczniczym terapii witaminowej. Badania superszybką TK na początku i po 12 miesiącach trwania terapii witaminowej uzupełniono o badanie kontrolne po 6 miesiącach, co dało dodatkowo możliwość określenia czasu niezbędnego do wywołania efektu terapeutycznego. Dodatkowe oszacowanie miało szczególne znaczenie dla wczesnej choroby wieńcowej, ponieważ każda metoda leczenia zdolna powstrzymać rozwój początkowej fazy miażdżycy naczyń wieńcowych ostatecznie zapobiega zawałom mięśnia sercowego.

Na rysunku 3 przedstawiono średnie rozmiary obszarów zwąpnień (rys.3a) oraz całkowite wyniki oceny w skali CAS (rys.3b) pacjentów we wczesnej fazie choroby wieńcowej uzyskane w okresie pomiędzy kolejnymi badaniami tomograficznymi przed i w trakcie trwania badania klinicznego. Rzeczywiste rozmiary miażdżycy naczyń wieńcowych oszacowane na podstawie wielkości obszarów zwąpnień oraz całkowitych wyników oceny w skali CAS, jakie obserwowano w okresie terapii witaminowej, porównano z wartościami uzyskanymi na drodze ekstrakcji liniowej wskaźnika tempa rozwoju choroby przed terapią witaminową. Literę od A do D oznaczają kolejne daty wykonania badań techniką superszybką TK. AB odpowiada zmianom rozmiarów miażdżycy naczyń wieńcowych przed rozpoczęciem terapii, wyznaczonym na podstawie wielkości obszarów zwąpnień (Rys.3a) oraz wyników w skali CAS (Rys.3b). Odpowiednio BC odpowiada zmianom rozmiarów miażdżycy w ciągu pierwszych sześciu miesięcy trwania terapii, a CD zmianom,



jakie odnotowano w kolejnych sześciu miesiącach programu. Obliczony wskaźnik szybkości rozwoju choroby wieńcowej bez wzbogacania diety dodatkami odżywczymi oznaczono na wykresie linią przerywaną (B do F).

Jak przedstawiono na rys.3a, ilustrującym wyniki „bez” terapii witaminowej, średni obszar zwapnień tętnic u pacjentów we wczesnej fazie choroby wieńcowej zwiększył rozmiary z $17,62 \text{ mm}^2 (\pm 1,0)$ w chwili A do $23,05 \text{ mm}^2 (\pm 1,8)$ w chwili B. A zatem, roczny przyrost wielkości obszarów zwapnień wynosił 31%. Przy takiej szybkości rozwoju choroby po sześciu miesiącach (punkt E) średni obszar zwapnień osiągnąłby rozmiary $26,3 \text{ mm}^2$, a po dwunastu (punkt F) $29,8 \text{ mm}^2$. W wyniku wprowadzenia terapii witaminowej wielkość średniego obszaru zwapnień po sześciu miesiącach wynosiła $25,2 \text{ mm}^2 (\pm 2,2)$, a po dwunastu $27,0 \text{ mm}^2 (\pm 1,7)$, co wskazuje na 10% spadek w porównaniu z przewidywanymi wartościami.

Analogiczne obserwacje poczyniono dla całkowitych wyników oceny w skali CAS przed i w trakcie terapii witaminowej. Rysunek 3b ilustruje, iż wynik w skali CAS przed wprowadzeniem terapii programu wzrósł w ciągu roku o 44%, z wartości $45,8 (\pm 3,2)$ (punkt A) do $65,9 (\pm 5,2)$ (punkt B). Przy takiej szybkości rozwoju choroby wynik oceny w skali CAS, gdy nie stosowano wzbogacanej diety, po sześciu miesiącach (punkt E) osiągnąłby wartość $77,9$, a po dwunastu $91,0$ (punkt F). W przeciwieństwie do przewidywań, rzeczywiste wyniki w skali CAS

przy stosowaniu terapii witaminowej wynosiły $75,8 (\pm 6,2)$ po sześciu miesiącach (punkt C) i $78,1 (\pm 5,1)$ po dwunastu (punkt D). A zatem tempo rozwoju choroby wieńcowej oszacowane na podstawie całkowitego wyniku oceny w skali CAS znacząco zmniejszyło się w ciągu ostatnich sześciu miesięcy (CD) trwania terapii witaminowej. Całkowity wynik oceny po dwunastu miesiącach stosowania dodatków odżywczych był jedynie 3% wyższy od wyniku uzyskanego po sześciu miesiącach (CD), co w porównaniu z prognozowanym 17% wzrostem (EF) wskazuje, iż w ciągu ostatnich sześciu miesięcy programu proces tworzenia złożeń wapniowych w naczyniach wieńcowych został praktycznie zatrzymany.

Na rysunku 4 przedstawiono rzeczywiste tomogramy wykonane techniką superszybką TK 51-letniego pacjenta z wczesną, bezobjawową chorobą wieńcową serca. Pierwsze zdjęcie wykonano w 1993 roku podczas dorocznego rutynowych badań kontrolnych. Badanie ujawniło obecność małych zwapnień w lewej przedniej zstępującej oraz prawej tętnicy wieńcowej. Drugie zdjęcie tomograficzne wykonano rok później i stwierdzono powiększenie początkowych rozmiarów złożeń wapniowych. Na rysunku 4a przedstawiono dwa zdjęcia wykonane techniką superszybką TK przed wprowadzeniem terapii witaminowej.

Pacjent został włączony do programu wzbogacania diety. Około roku później przeprowadzono kontrolne badanie tomograficzne. Nie stwierdzono wówczas obecności zwapnień w obszarze naczyń wieńcowych (rys.4b), co wskazuje na naturalne cofnięcie choroby miażdżycowej.

OCENA WYNIKÓW

W tym rozdziale ocenione zostaną wyniki badania. Udowodnione zostanie, że właśnie to badanie musi mieć dalsze konsekwencje w polityce zdrowotnej).

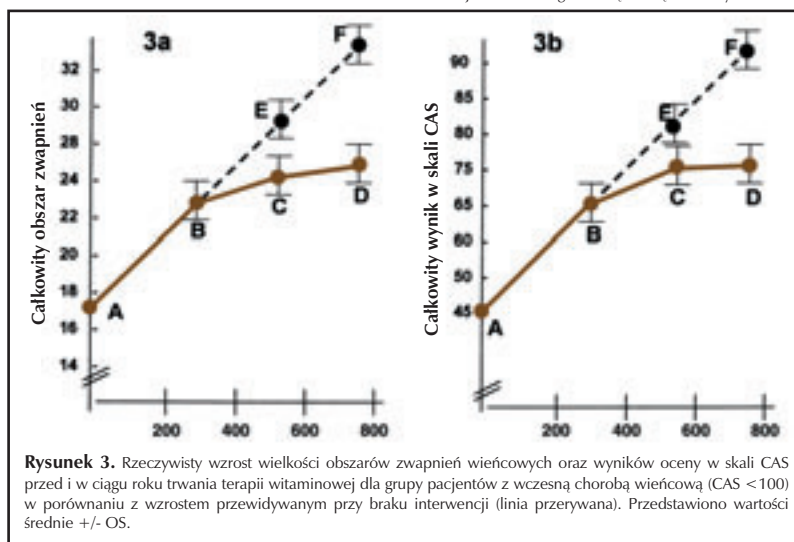
Niniejsze badanie jest pierwszym, w którym zmierzono postępowi rozwoju miażdżycy bezpośrednio w ścianach naczyń wieńcowych. Pomimo złożonego histomorfologicznego składu płytki miażdżycowej tętnic zawartość wapnia w płytce okazała się doskonałym markerem zaawansowania choroby.^{11,13} Wyniki przeprowadzonego badania wskazują, iż obszary zmienionych miażdżycowo naczyń powiększają się w tempie od 5 mm² (wczesne zmiany miażdżycowe) do 40 mm² (zaawansowane zmiany miażdżycowe) rocznie. Przed wprowadzeniem terapii witaminowej średni roczny wzrost całkowitego obszaru zwapnień wynosił 44% (Rys.1). Biorąc pod uwagę wykładniczy wzrost zmian miażdżycowych, oczywisty staje się fakt, iż zwalczanie choroby sercowo-naczyniowej musi skupiać się na wczesnym wykrywaniu i leczeniu choroby.

Obecnie diagnostyczna ocena indywidualnego ryzyka choroby wieńcowej ogranicza się najczęściej do badania zawartości cholesterolu oraz innych czynników ryzyka we krwi, słabo korelujących z powiększaniem płytki miażdżycowej tętnic. Dokładniejsze metody, jak np. angiografia naczyń wieńcowych, stosowane są dopiero w przypadku zaawansowanej, objawowej choroby wieńcowej. Superszybka TK daje możliwość ilościowej i nieinwazyjnej diagnostyki wczesnej choroby miażdżycowej naczyń wieńcowych.⁽¹⁴⁻¹⁵⁾

Najważniejszym odkryciem przeprowadzonego badania jest możliwość skutecznego zapobiegania i leczenia choroby wieńcowej metodami naturalnymi. Przetestowana w badaniu terapia witaminowa zredukowała

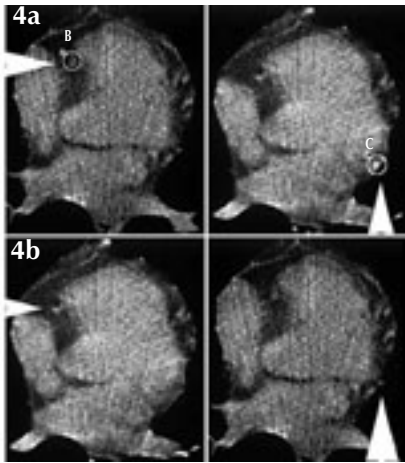
tempo rozwoju miażdżycy naczyń wieńcowych w stosunkowo krótkim czasie jednego roku, niezależnie od stopnia zaawansowania choroby. Co najważniejsze, w przypadku pacjentów z wczesną chorobą wieńcową terapia zatrzymała dalszy rozwój zmian. U poszczególnych pacjentów z małymi złoгами wprowadzenie programu prowadziło do ich całkowitego zaniku (Rys.4).

Na podstawie wyników badania wnioskujemy, że przetestowany w badaniu program składników odżywczych (terapia witaminowa) prowadzi do naturalnego leczenia ścian naczyń krwionośnych. Do naturalnej odbudowy ścian tętnic przyczyniają się różnorodne składniki programu: kwas askorbinowy (witamina C), pirydoksyna (witamina B6), L-lizyna oraz L-prolina, jak również pierwiastek śladowy – miedź. Witamina C jest niezbędna do syntezy i hydrosylacji kolagenu oraz innych składników tkanki łącznej (ściany naczyń).⁽⁶⁻¹⁸⁾ Może również bezpośrednio i pośrednio uczestniczyć w różnych mechanizmach regulacyjnych w ścianach naczyń krwionośnych, od podziałów komórkowych do dystrybucji czynników wzrostu.^(19,20) Pirydoksyna i miedź są niezbędne dla właściwego połączenia molekuł tkanki łącznej (8) (w pierwszym rzędzie kolagenu i elastyny, czyli podstawowych molekuł ludzkiego organizmu, które są również odpowiedzialne za stabilność i elastyczność ścian naczyń krwionośnych). Aminokwasy L-lizyna i L-prolina są ważnymi substratami biosyntezy wymienionych uprzednio molekuł tkanki łącznej. Te aminokwasy zapobiegają osadzeniu się w ścianach tętnic lipoproteiny (a), czyli tego szczególnie niebezpiecznego czynnika krwi o wyjątkowych lepkościach właściwościach oraz uwalniają z istniejących już złogów miażdżycowych zdeponowane lipoproteiny (też lipoproteinę a).^(5,12,21) Mechanizm uwalniania tysięcy molekuł tłuszczów ze złogów prowadzi do naturalnej ich redukcji i naturalnego cofnięcia się choroby sercowo-



Rysunek 3. Rzeczywisty wzrost wielkości obszarów zwapnień wieńcowych oraz wyników oceny w skali CAS przed i w ciągu roku trwania terapii witaminowej dla grupy pacjentów z wczesną chorobą wieńcową (CAS < 100) w porównaniu z wzrostem przewidywanym przy braku interwencji (linia przerywana). Przedstawiono wartości średnie +/- OS.

Rysunek 4. Tomogramy wykonane techniką superszybką TK 50-letniego pacjenta z bezobjawową chorobą wieńcową wykonane przed wprowadzeniem programu wzbogacania diety (rząd górny) i po około roku jego trwania (rząd dolny). Złogi wapniowe w lewej zstępującej i prawej tętnicy wieńcowej widoczne są w postaci białych obszarów.



Rysunek 4b (rząd dolny) przedstawia zdjęcia wykonane tomografią komputerową po około roku stosowania terapii witaminowej. Wieńcowe złogi miażdżycowe w prawej i lewej tętnicy wieńcowej są wyraźnie widoczne jako białe plamy. (Te zdjęcia wykonane tomografią komputerową przedstawiają przekrój serca. Patrzymy w głąb serca „od dołu”, dlatego miejsce oznaczone literą B przedstawia miażdżycę wieńcową w prawej tętnicy wieńcowej, a miejsce oznaczone literą C przedstawia złogi w lewej tętnicy wieńcowej. Po rocznej terapii witaminowej, złogi w obu naczyniach wieńcowych całkowicie zniknęły, co wskazuje na naturalną metodę leczenia miażdżycy naczyń wieńcowych przy pomocy terapii witaminowej.)

naczyniowej. Ta metoda terapeutyczna jest tak nowa i zarazem tak znacząca, że w roku 1994 uzyskała pierwszy na świecie patent w dziedzinie naturalnego leczenia chorób serca i układu krążenia.

Wykazano, iż kwas askorbinowy i alpha-tokoferol hamują proliferację komórek mięśni gładkich naczyń. (22-24) (Te komórki są najważniejszymi składnikami ściany naczynia. W obszarze tworzenia się złożeń dochodzi do nadmiernego rozrastania się komórek – procesu podobnego do tworzenia się lokalnego nowotworu – które to powoduje zwężenie światła naczynia i utrudniony przepływ krwi). Ponadto alpha-tokoferol, beta-karoten, kwas askorbinowy, selen i inne przeciwutleniające wychwytyują wolne rodniki oraz chronią składniki krwi i tkanki naczyń przed efektami procesu utleniania. (25,26)

Dodatkowo kwas nikotynowy, ryboflawina, pantotnian, karnityna, koenzym Q-10, jak również wiele innych minerałów i pierwiastków śladowych pełnią ważną rolę katalizatorów przemian komórkowych i nośników energii komórkowej. Do najważniejszych z nich należą: NADH, NADPH, FADH, koenzym A.(8) (Te nośniki dostarczają milionom komórek organizmu ważnej bioenergii. Ma to życiowe znaczenie w przypadku komórek serca i ścian naczyń krwionośnych, które ze względu na wysokie rozczynnienia mechaniczne powodowane cyrkulacją krwi, charakteryzują się wysokim zużyciem energii komórkowej).

Wyniki badania potwierdzają, iż utrzymanie integralności i funkcji fizjologicznych ściany naczyń krwionośnych ma zasadnicze znaczenie terapeutyczne dla przeciwdziałania chorobie sercowo-naczyniowej. Dowodzą również poprawności wcześniejszych wyników badań angiograficznych, iż dodatkowe dawki witaminy C mogą zatrzymywać rozwój miażdżycę tętnic udowych.(27)

Wnioski te mają tym większe znaczenie, iż powszechne są niedobory podstawowych składników odży-

wych.(28,29) Ponadto wiele badań epidemiologicznych i klinicznych dowiodło już zalet stosowania poszczególnych składników odżywczych w profilaktyce choroby sercowo-naczyniowej. (30-35)

W porównaniu z dużymi dawkami witamin, stosowanymi w innych badaniach, ilości składników odżywczych podawanych w niniejszym badaniu są umiarkowane, co wskazuje na zachodzący synergiczny efekt terapii.

W związku z tym konieczne jest zweryfikowanie niektórych wykorzystywanych obecnie pierwotnych i wtórnych metod profilaktyki choroby sercowo-naczyniowej, w tym szerokie stosowanie leków obniżających poziom cholesterolu. Projekt badawczy z wykorzystaniem lovatatyny przeprowadzono z udziałem specjalnie dobranej grupy pacjentów z hiperlipidemią, reprezentatywnej jedynie dla wąskiej grupy normalnej populacji. (36) Zmniejszenie częstości występowania ataków serca i innych epizodów kardiologicznych w grupie pacjentów przyjmujących simvastatynę doprowadziło niedawno do zalecenia długotrwałego stosowania leku przez pacjentów z normalnym poziomem lipidemii.(37) Jednak ze względu na potencjalne działania uboczne, stosowanie leków ograniczono obecnie do pacjentów z wysokim krótkoterмальnym ryzykiem wystąpienia choroby wieńcowej. (W ocenie eksperymentalnego badania ze statynami (mevinacor, gevilon itd.) i fibratami ujawniono zastraszająco wysoką zachorowalność na nowotwory. Naukowcy ostrzegają przed stosowaniem tych leków, jednocześnie wzywając lekarzy do sporadycznego ich przepisywania tylko w szczególnych przypadkach (JAMA styczeń 1996). (38) Jednak brak jakiegokolwiek alternatywy w leczeniu spowodował, że ostrzeżenie to pozostało bez echa. Teraz, wraz z przetestowanym programem witaminowym, lekarze i pacjenci mogą do dyspozycji skuteczną i pozbawioną działań ubocznych alternatywę).

Podobnie wymagają weryfikacji niektóre naturalne metody zapobiegania chorobie sercowo-naczyniowej. Programy rygorystycznej diety i ćwiczeń fizycznych zdaniem ich autorów są w stanie cofnąć chorobę wieńcową. (39) Jednakże opublikowane dane nie dostarczają przekonujących dowodów na regresję miażdżycy naczyń wieńcowych. Zwiększone ukrwienie mięśnia sercowego było wynikiem intensywnego treningu, wzmacniającego zarówno muskulaturę pacjenta, jak i mięsień sercowy, co doprowadziło do zwiększonej komorowej frakcji wyrzutowej i zwiększonego ciśnienia perfuzji naczyń wieńcowych. (Podczas gdy ćwiczenia fizyczne, właściwa dieta i relaks są nieodzowne dla zdrowia, to nie ma jednoznacznego argumentu przemawiającego na korzyść intensywnego treningu i innych ekstremalnych przedsięwzięć w chorobach serca i układu krążenia. Pacjenci z niewydolnością serca, arytmiami i innymi ciężkimi problemami serca powinni wystrzegać się jakichkolwiek ekstremalnych programów, stanowiących zagrożenie dla ich życia).

Wiarygodność niniejszego badania ma zasadnicze znaczenie z uwagi na pilną potrzebę opracowania skutecznej i bezpiecznej opieki zdrowotnej, mającej na celu przeciwdziałanie chorobie sercowo-naczyniowej. Dlatego też znaczące są następujące cechy badania:

1. Pacjenci biorący udział w badaniu stanowili własną grupę kontrolną, przed i w trakcie terapii witaminowej, dzięki czemu zminimalizowano dodatkowe niepożądane czynniki jak, np. wiek, płeć, predyspozycje genetyczne, stosowana dieta lub leki. (W przypadku innych badań klinicznych regułą jest tworzenie dwóch grup pacjentów, z których pierwsza otrzymuje badaną substancję, natomiast druga – tzw. placebo, czyli substancję nieczynną farmakologicznie. Jednak najbardziej wiarygodne wyniki uzyskuje się, gdy ci sami uczestnicy poddawani są badaniom „bez” i „z” testowaną substancją – jak w przypadku naszego badania.)
2. Diagnostyka techniką superszybkiej TK została poddana dokładnej weryfikacji pod kątem oceny zaawansowania choroby wieńcowej i pozwala na kwantyfikację płytki miażdżycowej naczyń wieńcowych *in situ* (bezpośrednio w ścianie naczynia). (13-15) Zastosowana technika diagnostyczna minimalizuje błędy badań angiograficznych, w których skurcze naczyń, tromboliza i inne zjawiska są niemożliwe do odróżnienia od rozwoju lub regresji płytki miażdżycowej. Ponadto badanie superszybkim TK dostarcza cennych informacji o zmianach morfologicznych zachodzących w przebiegu rozwoju lub regresji złożeń miażdżycowych, poprzez ilościową ocenę nie tylko wielkości obszarów zwapnień naczyń wieńcowych, lecz również ich gęstości. Co więcej automatyczne tomograficzne pomiary zwapnień wykluczają błędy badacza w ocenie danych.

Podsumowując, wyniki niniejszego badania pokazują, że choroba wieńcowa serca jest schorzeniem poddającym się profilaktyce i leczeniu. Badanie potwierdza, iż miażdżycę naczyń wieńcowych można zatrzymać we wczesnej fazie dzięki wprowadzeniu testowanej terapii witaminowej. Przedstawione wyniki osiągnięto w czasie jednego roku, co sugeruje, że dłuższe stoso-

wanie programu witaminowego może nieść dodatkowe korzyści terapeutyczne dla pacjentów z zaawansowaną chorobą wieńcową. Program składników odżywczych stanowi skuteczną i bezpieczną metodę zapobiegania oraz wspomagania leczenia choroby sercowo-naczyniowej. Niniejsze badania należy traktować jako zachętę dla twórców polityki zdrowotnej oraz ośrodków opieki medycznej do ponownego określenia strategii przeciwdziałania chorobie sercowo-naczyniowej.

PODZIĘKOWANIA

Składamy podziękowania Jeffreyowi Kamradtowi za pomoc w koordynacji niniejszego badania; dr Douglasowi Boydowi; dr Lew Meyerowi z Imatron/Heart Scan w Południowym San Francisco za pomoc w zaplanowaniu badania i możliwość korzystania z ośrodka obrazowania serca Heart Scan; Lauranne Cox, Susan Brody i Tomowi Caruso za współpracę w wykonaniu badań tomograficznych; dr Rogerowi Barth i Bernardowi Murphy za pomoc w zaplanowaniu badania; oraz Marcie Best za pomoc w sprawach biurowych.

UWAGA

Przedłożona praca naukowa, 5 sierpnia 1996 roku została pierwotnie udostępniona do publikacji czasopismu lekarskiemu „Journal of the American Medical Association”(JAMA). Redaktor naczelny dr Georg Lundberg przekazał dokument do zaopiniowania swojemu zastępcy dr Charlesowi Clayman. Chociaż znaczenie tego badania dla zdrowia milionów ludzi byłoby ogromne – 23 sierpnia 1996 roku dr Clayman odrzucił publikację badania bez podania powodów. W odpowiedzi na to dr Rath wysłał manuskrypt na ręce czasopisma „wiewnio” - wego, fachowego organu Międzynarodowej Akademii Wiewnio i Medycyny Prewencyjnej – „Journal of Applied Nutrition”. Eksperti naukowi tego czasopisma natychmiast docenili znaczenie badania dla globalnego zdrowia ludzi i zapewnili jego natychmiastową publikację

BIBLIOGRAFIA

Większość przytoczonych medycznych i naukowych czasopism jest dostępna tylko w języku angielskim. Powodem tego jest zbyt mała liczba badań prowadzonych w tym kierunku, w krajach europejskich. Zainteresowani znajdą w poniższej bibliografii przegląd najważniejszych publikacji na ten temat.

Moja książka, choć w pierwszym rzędzie przeznaczona jest dla szerokiego grona czytelników, stanowi też zaproszenie dla moich kolegów – lekarzy i studentów medycyny w Europie. Przytoczony przegląd literatury umożliwi Wam pogłębienie wszystkich zawartych w niej informacji.

1. *World Health Statistics (Statystyki stanu zdrowia na świecie)*, Światowa Organizacja Zdrowia, Genewa, 1994.
2. Brown MS, Goldstein JL.: *How LDL receptors influence cholesterol and atherosclerosis (Wpływ receptorów LDL na poziom cholesterolu i rozwój miażdżycy)*. *Scientific American* 1984; 251:58-66.
3. Steinberg D, Parthasarathy S, Carew TE, Witztum JL.: *Modifications of low-density lipoprotein that increase its atherogenicity (Modyfikacje lekkiej frakcji lipoprotein podwyższające ich aterogenność)*. *N Engl. J Med.* 1989; 320:915-924.
4. Ross R.: *The pathogenesis of atherosclerosis-an update (Patogeneza miażdżycy – uaktualnienie)*. *N Engl. J Med.* 1986; 314:488-500.
5. Rath M, Pauling L.: *A unified theory of human cardiovascular disease leading the way to the abolition of this diseases as a cause for human mortality (Zunifikowana teoria rozwoju choroby sercowo-naczyniowej pozwalająca na wyeliminowanie śmiertelności schorzenia wśród ludzi)*. *J Ortho Med.* 1992; 7:5-15.
6. Rath M, Pauling L.: *Solution to the puzzle of human cardiovascular disease: Its primary cause is ascorbate deficiency, leading to the deposition of lipoprotein (a) and fibrinogen/fibrin in the vascular wall (Rozwiązanie łamigłówki ludzkiej choroby sercowo-naczyniowej. Niedobory askorbinianu prowadzące do tworzenia złożeń lipoprotein (a) i fibrynogenu / włókniaka w ścianie naczyń główną przyczyną choroby)*. *J Ortho Med.* 1991; 6:125-134.
7. Rath M.: *Reducing the risk for cardiovascular disease with nutritional supplements (Zmniejszanie ryzyka rozwoju choroby sercowo-naczyniowej metodą wzbogacania diety)*. *J Ortho Med* 1992; 3:1-6
8. Stryer L.: *Biochemistry (Biochemia)*, wyd. 3., Nowy Jork, W. H. Freeman and Company; 1988.
9. Stary HC.: *Evolution and progression of atherosclerotic lesions in coronary arteries of children and young adults (Powstawanie i rozwój zmian miażdżycowych w naczyniach wieńcowych u dzieci i młodych dorosłych)*. *Atherosclerosis (Dodatek)* 1989; 9:1-19- 1-32.
10. Constantinides P.: *The role of arterial wall injury in atherogenesis and arterial thrombogenesis (Rola uszkodzeń ściany tętnic w aterogenezie i trombogenezie tętnic)*. *Zentralbl allg Pathol pathol Anat.* 1989; 135:517-530

11. Stolman JM, Goldman HM, Gould BS.: *Ascorbic acid in blood vessels (Kwas askorbinowy w naczyniach krwionośnych)*. Arch Pathol. 1961; 72:59-68
12. Patent amerykański nr 5 278 189
13. Agatston AS, Janowitz WR, Kaplan G, Gasso J, Hildner F, Viamonte M.: *Ultrafast computed tomography—detected coronary calcium reflects the angiographic extent of coronary arterial atherosclerosis (Zwapnienia wieńcowe wykrywane metodami superszybkiej tomografii komputerowej odpowiednikiem rozmiarów miażdżycy wieńcowej diagnozowanej angiograficznie)*. Am J Cardiology. 1994; 74:1272-1274.
14. Budoff MJ, Georgiou D, Brody A i wsp.: *Ultrafast computed tomography as a diagnostic modality in the detection of coronary artery disease (Superszybka tomografia komputerowa jako alternatywna metoda diagnostyki choroby wieńcowej)*. Circulation. 1996; 93:898-904.
15. Mautner SI, Mautner GC, Froehlich J i wsp.: *Coronary artery disease: prediction with in vitro electron beam CT (Choroba wieńcowa: prognozowanie rozwoju techniką tomografii komputerowej wiązką elektronową in vitro)*. Radiology. 1994; 192:625-630.
16. Murad S, Grove D, Lindberg KA, Reynolds G, Sivarajah A, Pinnell SR.: *Regulation of collagen synthesis by ascorbic acid (Kontrola syntezy kolagenu kwasem askorbinowym)*. Proc Natl Acad Sci. 1981; 78:2879-2882.
17. De Clerck YA, Jones PA.: *The effect of ascorbic acid on the nature and production of collagen and elastin by rat smooth muscle cells (Wpływ kwasu askorbinowego na charakterystykę i wytwarzanie kolagenu i elastyny przez komórki mięśni gładkich szczurów)*. Biochem J. 1980; 186:217-225.
18. Schwartz E, Bienkowski RS, Coltoff-Schiller B, Goldfisher S, Blumenfeld OO.: *Changes in the components of extracellular matrix and in growth properties of cultured aortic smooth muscle cells upon ascorbate feeding (Zmiany składu macierzy pozakomórkowej i własności wzrostowe komórek mięśni gładkich hodowanych na pożywcze z askorbinianem)*. J Cell Biol. 1982; 92:462-470.
19. Francheschi RT.: *The role of ascorbic acid in mesenchymal differentiation (Rola kwasu askorbinowego w różnicowaniu tkanki mezenchymatycznej)*. Nutr Rev. 1992; 50:65-70
20. Dozin B, Quatro R, Campanile g, Cancedda R.: *In vitro differentiation of mouse embryo chondrocytes: requirement for ascorbic acid (Różnicowanie in vitro mysich embrionalnych komórek chrzęstnych: zapotrzebowanie na kwas askorbinowy)*. Eur J Cell Biol. 1992; 58: 390-394.
21. Trieu VN, Zioncheck TF, Lawn RM, McConathy WJ.: *Interaction of apolipoprotein(a) with apolipoprotein B-containing lipoproteins (Oddziaływanie apolipoproteiny (a) z apolipoproteinami B zawierającymi lipoproteiny)*. J Biol Chem. 1991; 226:5480-5485.
22. Boscoboinik D, Szewczyk A, Hensey C, Azzi A.: *Inhibition of cell proliferation by -tocopherol. Role of protein kinase C (Hamowanie tokoferolem proliferacji komórek. Rola białkowej kinazy C)*. J Biol Chem. 1991; 266:6188-6194.
23. Ivanov V, Niedzwiecki A.: *Direct and extracellular matrix mediated effects of ascorbate on vascular smooth muscle cells proliferation (Bezpośredni i przenoszony za pośrednictwem macierzy pozakomórkowej wpływ askorbinianu na proliferację komórek mięśni gładkich naczyń)*. 24th AAA (Age) and 9th Am Coll Clin Gerontol Meeting, Waszyngton, 1994; paź 14-18.
24. Nunes GL, Sgoutas DS, Redden RA, Sigman SR, Gravanis MB, King SB, Berk BC.: *Combination of vitamins C and E alters the response to coronary balloon injury in the pig (Modyfikacja odpowiedzi na uszkodzenia balonika wieńcowego u świń przez mieszanke witamin C i E)*. Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology. 1995; 15:156-165.

25. Retsky KL, Freeman MW, Frei B.: *Ascorbic acid oxidation product(s) protect human low density lipoprotein against atherogenic modification. Anti- rather than prooxidant activity of vitamin C in the presence of transition metal ions (Ochrona lekkiej frakcji ludzkich lipoprotein przed przemianami aterogennymi przez produkt(y) utleniania kwasu askorbinowego. Anti-, a nie prooksydacyjna aktywność witaminy C w obecności jonów metali przejściowych)*. J Biol Chem. 1993; 268:1304-1309.
26. Sies H, Stahl W.: *Vitamins E and C, -carotene and other carotenoids as antioxidants (Witaminy E i C, karoteny i inne karotenoidy jako przeciwutleniające)*. Am J Clin Nutr. 1995; 62(Dodatek); 1315S-1321S.
27. Willis GC, Light AW, Gow WS.: *Serial arteriography in atherosclerosis (Arteriografia w miażdżycy tętnic)*. Can Med Ass J. 1954; 71:562- 568.
28. Levine M, Conry-Caritilena C, Wang Y i wsp.: *Vitamin C pharmacokinetics in healthy volunteers: Evidence for a recommended daily allowance (Farmakokinetyka witaminy C u zdrowych ochotników. Dane eksperymentalne dla zalecanej dawki dziennej)*. Proc Natl Acad Sci. 1996; 93:3704 3709.
29. Naurath HJ, Joosten E, Riezler R.: *Effects of vitamin B12, folate, and vitamin B6 supplements in elderly people with normal serum vitamin concentrations (Wpływ wzbogacania diety witaminą B12, folanem i witaminą B6 u osób starszych z normalnym poziomem witamin w osoczu)*. The Lancet. 1995; 346:85-89.
30. Enstrom JE, Kanim LE, Klein MA.: *Vitamin C intake and mortality among a sample of the United States population (Przyjmowanie witaminy C a śmiertelność w próbie populacji ludności amerykańskiej)*. Epidemiology. 1992; 3: 194-202.
31. Riemersma RA, Wood DA, Macintyre CCA, Elton RA, Gey KF, Oliver MF.: *Risk of angina pectoris and plasma concentrations of vitamin A, C, and E and carotene (Ryzyko rozwoju dusznicy bolesnej a poziom witaminy A, C i E oraz karotenu w osoczu)*. The Lancet. 1991; 337:1-5.
32. Hodis HN, Mack WJ, LaBree L i wsp.: *Serial coronary angiographic evidence that antioxidant vitamin intake reduces progression of coronary artery atherosclerosis (Dowody na spowolnienie rozwoju choroby wieńcowej przez przyjmowanie przeciwutleniających na podstawie wyników seryjnej angiografii naczyń wieńcowych)*. JAMA. 1995; 273:1849 1854.
33. Morrison HI, Schaubel D, Desmeules M, Wigle DT.: *Serum folate and risk of fatal coronary heart disease (Poziom folanu w osoczu a ryzyko śmiertelnej choroby wieńcowej serca)*. JAMA. 1996; 275:1893-1896.
34. Stephens NG, Parsons A, Schofield PM i wsp.: *Randomised controlled trial of vitamin E in patients with coronary disease: Cambridge Heart Antioxidant Study (CHAOS) [Kontrolowane randomizowane badanie kliniczne stosowania witaminy E u pacjentów z chorobą wieńcową. Badanie Uniwersytetu Cambrigde CHAOS (Cambridge Heart Antioxidant Study) nad przeciwutleniającami w chorobie serca]*. The Lancet. 1996; 347:781-786.
35. Heitzer T, Just H, Münzel T.: *Antioxidant vitamin C improves endothelial dysfunction in chronic smokers (Przeciwutleniające własności witaminy C ograniczają dysfunkcję śródbłonna u nałogowych palaczy)*. Am Heart Assoc. 1996; pozycje: 6-9.
36. Brown BG, Albers JJ, Fisher LD, Schafer SM, Lin J-T i wsp.: *Regression of coronary artery disease as a result of intensive lipid-lowering therapy in men with high levels of apolipoprotein B (Regresja choroby wieńcowej w wyniku intensywnej terapii obniżającej poziom lipidów u mężczyzn z wysokim poziomem apolipoprotein B)*. N Engl J Med. 1990; 323:1289-1298.

37. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group.: *Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S)* [Randomizowane badanie kliniczne nad obniżaniem poziomu cholesterolu u 4444 pacjentów z chorobą wieńcową. Skandynawskie badanie 4S (Scandinavian Simvastatin Survival Study) przeżyć pacjentów stosujących simwastatynę]. *The Lancet* 1994; 344:1383-1389.
38. Newman TB, Hulley SB.: *Carcinogenicity of lipidlowering drugs (Karcenogenność leków obniżających poziom lipidów)*. *JAMA*. 1996; 275:55-60.
39. Gould KL, Ornish D, Scherwitz L i wsp.: *Changes in myocardial perfusion abnormalities by positron emission tomography after long-term, intense risk factor modification (Zmiany zaburzeń perfuzji mięśnia sercowego po długotrwałej, intensywnej modyfikacji czynników ryzyka na podstawie tomografii PET)*. *JAMA* 1995; 274:894-901.

Bibliografia

Poniższą pełną listę publikacji przygotowano, aby udokumentować już istniejące szerokie poparcie dla dietytyki i medycyny komórkowej. Poniższe pozycje dostępne są w większych bibliotekach publicznych oraz bibliotekach akademii medycznych.

- Armstrong VW, Cremer P, Eberle E i wsp. (1986) *The association between serum Lp(a) concentrations and angiographically assessed coronary atherosclerosis. Dependence on serum LDL-levels (Związek między poziomem lipoprotein (a) w osoczu a stwierdzoną w badaniu angiograficznym miażdżycą tętnic. Zależność od poziomu LDL w osoczu)*. *Atherosclerosis* 62: 249-257.
- Altschul R, Hoffer A, Stephen JD. (1955) *Influence of nicotinic acid on serum cholesterol in man (Wpływ kwasu nikotynowego na poziom cholesterolu w osoczu u ludzi)*. *Archives of Biochemistry and Biophysics* 54: 558-559.
- Aulinkas TH, Van der Westhuyzen DR, Coetzee GA. (1983) *Ascorbate increases the number of low-density lipoprotein receptors in cultured arterial smooth muscle cells (Askorbinian zwiększa liczbę receptorów lekkiej frakcji lipoprotein w hodowli komórek mięśni gładkich tętnic)*. *Atherosclerosis* 47: 159-171.
- Avogaro P, Bon GB, Fusello M. (1983) *Effect of pantethine on lipids, lipoproteins and apolipoproteins in man (Wpływ pantetein na poziom lipidów, lipoprotein i apolipoprotein u ludzi)*. *Current Therapeutic Research* 33: 488-493.
- Bates CJ, Mandal AR, Cole TJ. (1977) *HDL. Cholesterol and vitamin C status (Frakcja ciężkich lipoprotein HDL. Poziom cholesterolu i witaminy C)*. *The Lancet* 316111.
- Beamish R. (1993) *Vitamin E – then and now (Witamina E – w przeszłości i obecnie)*. *Canadian Journal of Cardiology* 9: 29-31.
- Beisiegel U, Niendorf A, Wolf K, Reblin T, Rath M. (1990) *Lipoprotein (a) in the arterial wall (Lipoproteiny (a) w ścianie tętnic)*. *European Heart Journal* 11 (Dodatek E): 174-183.
- Bendich A. (1992) *Safety issues regarding the use of vitamin supplements (Bezpieczeństwo stosowania dodatków witaminowych)*. *Annals of the New York Academy of Sciences* 669: 300-310.
- Berg K. (1963) *A new serum type system in man – the Lp system (Nowy system klasyfikacji osocza – system lipoproteinowy)*. *Acta Pathologica Scandinavica* 59: 369-382.
- Blumberg A, Hanck A, Sandner G. (1983) *Vitamin nutrition in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) (Dieta witaminowa u pacjentów ambulatoryjnych stale dializowanych otrzewnowo)*. *Clinical Nephrology* 20: 244-250.
- Braunwald E, (Redakcja) (1992) *Heart Disease—A Textbook of Cardiovascular Medicine (Choroby serca. Podręcznik kardiologii)*. W.B. Saunders & Company, Filadelfia.
- Briggs M, Briggs M. (1972) *Vitamin C requirements and oral contraceptives (Zapotrzebowanie na witaminę C a doustne środki antykoncepcyjne)*. *Nature* 238: 277.
- Carlson LA, Hamsten A, Asplund A. (1989) *Pronounced lowering of serum levels of lipoprotein Lp(a) in hyperlipidemic subjects treated with nicotinic acid (Przewidywane obniżenie poziomu lipoprotein Lp(a) w osoczu pacjentów z hiperlipidemią leczonych kwasem nikotynowym)*. *Journal of Internal Medicine (Anglia)* 226: 271-276.
- Cherchi A, Lai C, Angelino F, Trucco G, Caponnetto S, Mereto PE, Rosolen G, Manzoli U, Schiavoni G, Reale A, Romeo F, Rizzon P, Sorgente I, Strano A, Novo S, Immordino R. (1985) *International Journal of Clinical Pharmacology, Therapy and Toxicology*: 569-572.

- Chow CK, Changchit C, Bridges RBI, Rein SR, Humble J, Turk J. (1986) *Lower levels of vitamin C and carotenes in plasma of cigarette smokers (Obniżenie poziomu witaminy C i karotenów w osoczu u palących)*. Journal of the American College of Nutrition 5: 305-312.
- Clemetson CAB. (1989) *Vitamin C, Volume I-III (Witamina C. Tom I-III)*. CRC Press Inc., Floryda.
- Cushing GL, Gaubatz JW, Nave ML, Burdick BJ, Bocan TMA, Guyton JR, Weilbaecher D, DeBakey ME, Lawrie GM, Morrisett JD. (1989) *Quantitation and localization of lipoprotein (a) and B in coronary artery bypass vein grafts resected at re-operation (Ocena ilościowa i lokalizacja lipoprotein (a) i B w przeszczepach żylnych omijających tętnicy wieńcowej resekowanych podczas powtórnego zabiegu)*. Arteriosclerosis 9: 593-603.
- Dahlen GH, Guyton JR, Attar M, Farmer JA, Kautz JA, Gotto AM, Jr. (1986) *Association of levels of lipoprotein LP(a), plasma lipids, and other lipoproteins with coronary artery disease documented by angiography (Związek pomiędzy poziomem lipoprotein LP(a), lipidów osocza oraz innych lipoprotein a chorobą wieńcową stwierdzoną w badaniu angiograficznym)*. Circulation 74: 758-765.
- DeMaio SJ, King SB, Lembo NJ, Roubin GS, Hearn JA, Bhagavan HN, Sgoutas DS. (1992) *Vitamin E supplementation, plasma lipids and incidence of restenosis after percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA) [Uzupełnianie poziomu witaminy E, lipidy osocza i częstość występowania restenozy po zabiegu przezskórnej śródnaczyniowej angioplastyki wieńcowej (PTCA)]*. Journal of the American College of Nutrition 11: 68-73.
- Dice JF, Daniel CW. (1973) *The hypoglycemic effect of ascorbic acid in a juvenile-onset diabetic (Efekt hipoglikemiczny kwasu askorbinowego u chorych na cukrzycę młodzieńczą)*. International Research Communications System 1: 41.
- Digiesi V. (1992) *Mechanism of action of coenzyme Q10 in essential hypertension (Mechanizm działania koenzymu Q10 w przebiegu nadciśnienia pierwotnego)*. Current Therapeutic Research 51: 668-672.
- Emmert D, Irchner J. (1999) *The role of vitamin E in the prevention of heart disease (Rola witaminy E w zapobieganiu chorobom serca)*. Archives of Family Medicine 8: 537-542.
- England M. (1992) *Magnesium administration and dysrhythmias after cardiac surgery: A placebo controlled, doubleblind randomized trial (Podawanie magnezu a występowanie arytmii po zabiegach kardiologicznych: kontrolowane, podwójne ślepe, randomizowane badanie kliniczne z wykorzystaniem placebo)*. Journal of the American Medical Association 268: 2395-2402.
- Enstrom JE, Kanim LE, Klein MA. (1992) *Vitamin C intake and mortality among a sample of the United States population (Przyjmowanie witaminy C a śmiertelność w próbie populacji ludności amerykańskiej)*. Epidemiology 3: 194-202.
- Ferrari R, Cucchini i Visioli O. (1984) *The metabolic effects of L-carnitine in angina pectoris (Wpływ L-karnitiny na przemianę materii w przebiegu duszniczy bolesnej)*. International Journal of Cardiology 5: 213-216.
- Folkers K, Yamamura Y (Redaktorzy wydań 1976,1979,1981,1984,1986) *Biomedical and clinical aspects of coenzyme Q (Koenzym Q. Aspekty biomedyczne i kliniczne)*. Tomy 1-5. Elsevier Science Publishers, Nowy Jork.
- Folkers K, Vadhanavikit S, Mortensen SA. (1985) *Biochemical rationale and myocardial tissue data on the effective therapy of cardiomyopathy with coenzyme Q10 (Uzasadnienie biochemiczne oraz wyniki badań tkanki mięśnia sercowego dowodzące skuteczności leczenia kardiomiopatii koenzymem Q10)*. Proceedings of the National Academy of Sciences, USA 82: 901-904.

- Folkers K, Langsjoen P, Willis R, Richardson P, Xia LJ, Ye CQ, Tamagawa H. (1990) *Lovastatin decreases coenzyme Q-10 levels in humans (Lovastatyna obniża poziom koenzymu Q10 u ludzi)*. Proceedings of the National Academy of Sciences, USA 87: 8931-8934.
- Gaby SK, Bendich A, Singh VN, Machlin LJ (1991) *Vitamin intake and health (Przyjmowanie witamin a zdrowie)*. Marcel Dekker Inc., Nowy Jork.
- Gaddi A, Descovich GC, Noseda G, Fragiaco C, Colombo L, Craveri A, Montanari G, Sirtori CR. (1984) *Controlled evaluation of pantethine, a natural hypolipidemic compound, in patients with different forms of hyperlipoproteinemia (Kontrolowana ocena panteteiny – naturalnego związku hipolipidemicznego – u pacjentów z różnymi formami hiperlipoproteinemii)*. Atherosclerosis 5: 73-83.
- Galeone F, Scalabrino A, Giuntoli F, Birindelli A, Panigada G, Rossi, Saba P. (1983) *The lipid lowering effect of pantethine in hyperlipidemic patients: A clinical investigation (Wpływ panteteiny na obniżanie poziomu lipidów u pacjentów z hiperlipedią. Badanie kliniczne)*. Current Therapeutic Research 34: 383-390.
- Genest J Jr., Jenner JL, McNamara JR, Ordovas JM, Silberman SR, Wilson PWF, Schaefer EJ. (1991) *Prevalence of lipoprotein (a) Lp(a) excess in coronary artery disease (Prewalencja nadmiaru lipoproteiny Lp(a) w chorobie wieńcowej)*. American Journal of Cardiology 67: 1039-1045.
- Gerster H. (1991) *Potential role of beta-carotene in the prevention of cardiovascular disease (Potencjalna rola beta-karotenu w zapobieganiu chorobie sercowo-naczyniowej)*. International Journal of Vitamin and Nutrition Research 61: 277-291.
- Gey KF, Stähelin HB, Puska P i Evans A. (1987) *Relationship of plasma level of vitamin C to mortality from ischemic heart disease (Poziom witaminy C w osoczu a śmiertelność z powodu niedokrwiennej choroby serca)*. 110-123. W: Burns JJ, Rivers JM, Machlin LJ (Redakcja): Third conference on vitamin C (Trzecia konferencja badań nad witaminą C). Annals of the New York Academy of Sciences 498.
- Gey KF, Puska P, Jordan P, Moser UK. (1991) *Inverse correlation between plasma vitamin E and mortality from ischemic heart disease in cross-cultural epidemiology (Korelacja odwrotna pomiędzy poziomem witaminy E w osoczu i śmiertelnością z powodu niedokrwiennej choroby serca w przekrojowym badaniu epidemiologicznym)*. American Journal of Clinical Nutrition 53: 326, Dodatek.
- Ghidini O, Azzurro M, Vita A, Sartori G. (1988) *Evaluation of the therapeutic efficacy of L-carnitine in congestive heart failure (Ocena skuteczności terapeutycznej L-karnityny w leczeniu zastoinowej niewydolności serca)*. International Journal of Clinical Pharmacology, Therapy and Toxicology 26: 217-220.
- Ginter E. (1973) *Cholesterol: Vitamin C controls its transformation into bile acids (Cholesterol: witamina C kontroluje przemianę cholesterolu w kwasy żółciowe)*. Science 179: 702.
- Ginter E. (1978) *Marginal vitamin C deficiency, lipid metabolism, and atherosclerosis (Brzeźne niedobory witaminy C, przemiana lipidów i miażdżycza tętnic)*. Lipid Research 16: 216-220.
- Ginter E. (1991) *Vitamin C deficiency, cholesterol metabolism, and atherosclerosis (Niedobry witaminy C, przemiana cholesterolu i miażdżycza tętnic)*. Journal of Orthomolecular Medicine 6: 166-173.
- Guraker A, Hoeg JM, Kostner G, Papadopoulos NM, Brewer HB Jr. (1985) *Levels of lipoprotein Lp(a) decline with neomycin and niacin treatment (Spadek poziomu lipoprotein Lp(a) w przebiegu leczenia neomycyną i niacyną)*. Atherosclerosis 57: 293-301.
- Halliwell B, Gutteridge JMC (1985) *Free radicals in biology and medicine (Wolne rodniki w biologii i medycynie)*. Oxford University Press, Londyn, Nowy Jork, Toronto.
- Harwood HJ Jr, Greene YJ, Stacpoole PW (1986) *Inhibition of human leucocyte 3-hydroxy-3-methylglutaryl coenzyme A reductase activity by ascorbic acid. An effect*

- mediated by the free radical monodehydro-ascorbate (Hamowanie aktywności ludzkiej leukocytowej 3-hydroksy-3-metyloglutarowej reduktazy koenzymu A kwasem askorbinowym za pośrednictwem wolnego rodnika monodehydroaskorbinianu). *Journal of Biological Chemistry* 261: 7127-7135.
- Hearn JA, Donohue BC, Ba'albaki H, Douglas JS, King SBIII, Lembo NJ, Roubin JS, Sgoutas DS. (1992) *Usefulness of serum lipoprotein (a) as a predictor of restenosis after percutaneous transluminal coronary angioplasty (Przydatność poziomu lipoproteiny (a) w osoczu jako wskaźnika restenozy po zabiegu przezskórnej śródnaczyniowej angioplastyki wieńcowej)*. *The American Journal of Cardiology* 68: 736-739.
- Hennekens, C. Patrz: Rimm EB (1993) i Stampfer (1993).
- Hermann WJ Jr, Ward K, Faucett J. (1979) *The effect of tocopherol on high-density lipoprotein cholesterol (Wpływ tokoferolu na frakcję ciężkich lipoprotein cholesterolu)*. *American Journal of Clinical Pathology* 72: 848-852.
- Hemilä H. (1992) *Vitamin C and plasma cholesterol (Witamina C a poziom cholesterolu we krwi)*. W: *Critical Reviews in Food Science and Nutrition* 32 (1): 33-57, CRC Press Inc., Floryda.
- Hodis H, Azen S, Qian D i wsp. (1996) *Effect of Supplementary Antioxidant Vitamin Intake on Carotid Arterial Wall Intima-Media Thickness in a Controlled Clinical Trial of Cholesterol Lowering (Wpływ dodatkowych dawek witamin o działaniu przeciwutleniającym na grubość wewnętrznej błony ściany tętnicy szyjnej w kontrolowanym badaniu klinicznym nad obniżaniem poziomu cholesterolu)*. *Circulation* 94(10): 2369-72.
- Hoff HF, Beck GJ, Skibinski CI, Jürgens G, O'Neil J, Kramer J, Lytle B. (1988) *Serum Lp(a) level as a predictor of vein graft stenosis after coronary artery bypass surgery in patients (Poziom lipoprotein (a) w osoczu jako wskaźnik stenozы przeszczepu żylnego po zabiegu wszczepienia bypassu tętnicy wieńcowej)*. *Circulation* 77: 1238-1244.
- Iseri LT. (1986) *Magnesium and cardiac arrhythmias (Magnez a arytmia serca)*. *Magnesium* 5: 111-126.
- Iseri LT, French JH. (1984) *Magnesium: Nature's physiologic calcium blocker (Magnez: naturalny fizjologiczny bloker wapnia)*. *American Heart Journal* 108: 188-193.
- Jacques PF, Hartz SC, McGandy RB, Jacob RA, Russell RM. (1987) *Ascorbic acid, HDL, and total plasma cholesterol in the elderly (Kwas askorbinowy, HDL i pełny cholesterol w osoczu krwi osób starszych)*. *Journal of the American College of Nutrition* 6: 169-174.
- Kamikawa T, Kobayashi A, Emaciate T, Hayashi H, Yamazaki N. (1985) *Effects of coenzyme Q-10 on exercise tolerance in chronic stable angina pectoris (Wpływ koenzymu Q10 na tolerancję wysiłku u chorych na przewlekłą stabilną dusznicę bolesną)*. *American Journal of Cardiology* 56: 247-251.
- Koh ET (1984) *Effect of Vitamin C on blood parameters of hypertensive subjects (Wpływ witaminy C na parametry krwi u chorych z nadciśnieniem)*. *Oklahoma State Medical Association Journal* 77: 177-182.
- Korbut R. (1993) *Effect of L-arginine on plasminogen-activator inhibitor in hypertensive patients with hypercholesterolemia (Wpływ L-argininy na inhibitor aktywatora plasminogenu u chorych z hipercholesterolemią i nadciśnieniem)*. *New England Journal of Medicine* 328 [4]:287-288.
- Kostner GM, Avogaro P, Cazzolato G, Marth E, Bittolo-Bon G, Qunici GB. (1981) *Lipoprotein Lp(a) and the risk for myocardial infarction (Lipoproteina Lp(a) a ryzyko zawału mięśnia sercowego)*. *Atherosclerosis* 38: 51-61.
- Kurl S, Tuomainen TP, Laukkanen JA i wsp. (2002) *Plasma vitamin C modifies the association between hypertension and risk of stroke (Poziom witaminy C w osoczu zmienia wpływ nadciśnienia na ryzyko udaru mózgu)*. *Stroke* 33 (6):1568-73.
- Langsjoen PH, Folkers K, Lyson K, Muratsu K, Lyson T, Langsjoen P. (1988) *Effective and safe therapy with coenzyme Q10 for cardiomyopathy (Skuteczne i bezpieczne*

- metody leczenia kardiomiopatii koenzymem Q10). *Klinische Wochenschrift* 66: 583-590.
- Langsjoen PH, Folkers K, Lyson K, Muratsu K, Lyson T, Langsjoen P. (1990) *Pronounced increase of survival of patients with cardiomyopathy when treated with coenzyme Q10 and conventional therapy* (Przewidywany wzrost przeżycia chorych na kardiomiopatię leczonych koenzymem Q10 i terapią konwencjonalną). *International Journal of Tissue Reactions* XIII (3) 163-168.
- Lavie CJ. (1992) *Marked benefit with sustained-release niacin (vitamin B3) therapy in patients with isolated very low levels of high-density lipoprotein cholesterol and coronary artery disease* (Wyraźnie korzystny wpływ niacyny (witaminy B3) o przedłużonym uwalnianiu w leczeniu pacjentów z pojedynczymi bardzo niskimi poziomami cholesterolu HDL i chorobą wieńcową). *The American Journal of Cardiology* 69: 1093-1085.
- Lawn RM. (1992) *Lipoprotein (a) in heart disease* (Lipoproteina (a) w chorobach serca). *Scientific American*. Czerwiec: 54-60.
- Lehr, HA, Frei B, Arfors KE. (1994) *Vitamin C prevents cigarette smoke-induced leucocyte aggregation and adhesion to endothelium in vivo* (Witamina C zapobiega indukowanej dymem papierosowym agregacji leukocytów i ich adhezji śródbłonna w badaniach in vivo). *Proceedings of the National Academy of Sciences* 91: 7688-7692.
- Levine M. (1986) *New concepts in the biology and biochemistry of ascorbic acid* (Nowe koncepcje w biologii i biochemii kwasu askorbinowego). *New England Journal of Medicine* 314: 892-902.
- Liu VJ, Abernathy RP. (1982) *Chromium and insulin in young subjects with normal glucose tolerance* (Poziom chromu i insuliny u młodych pacjentów o normalnej tolerancji glukozy). *American Journal of Clinical Nutrition* 25: 661-667.
- Maeda N i wsp. (2000) *Aortic wall damage in mice unable to synthesize ascorbic acid* (Uszkodzenia ściany tętnic u myszy nie syntetyzujących kwasu askorbinowego). *Proceedings of the National Academy of Sciences USA* 97(2): 841-846
- Mann GV, Newton P. (1975) *The membrane transport of ascorbic acid*. *Second Conference on Vitamin C* (Transport kwasu askorbinowego przez błonę komórkową. Druga konferencja badań nad witaminą C). 243-252. *Annals of the New York Academy of Sciences*.
- Mather HM i wsp. (1979) *Hypomagnesemia in diabetes* (Niedobór magnezu we krwi w przebiegu cukrzycy). *Clinical and Chemical Acta* 95: 235-242.
- McBride PE i Davis JE. (1992) *Cholesterol and cost-effectiveness implications for practice, policy, and research* (Cholesterol i związane ze stosunkiem kosztów do skuteczności stosowanych metod implikacje dla praktyki lekarskiej, polityki ochrony zdrowia i badań naukowych). *Circulation* 85: 1939-1941.
- McCarron DA, Morris CD, Henry HJ i Stanton JL. (1984) *Blood pressure and nutrient intake in the United States* (Ciśnienie krwi a przyjmowanie środków odżywczych w Stanach Zjednoczonych). *Science* 224: 1392-1398.
- McNair P i wsp. (1978) *Hypomagnesemia, a risk factor in diabetic retinopathy* (Niedobór magnezu we krwi jako czynnik ryzyka dla retynopatii cukrzycowej). *Diabetes* 27: 1075-1077.
- Miccoli R, Marchetti P, Sampietro T, Benzi L, Tognarelli M, Navalesi R. (1984) *Effects of pantethine on lipids and polipoproteins in hypercholesterolemic diabetic and non-diabetic patients* (Wpływ panteteiny na poziom lipidów i polilipoprotein u cukrzyków i zdrowych pacjentów z hipercholesterolemią). *Current Therapeutic Research* 36: 545-549.

- Mikami H i wsp. (1990) *Blood pressure response to dietary calcium intervention in humans (Wpływ zmian zawartości wapnia w diecie na ciśnienie krwi u ludzi)*. American Journal of Hypertension 3: 147-151.
- Moore TJ. (1995) *Deadly Medicine (Zabójcza medycyna)*.: Simon & Schuster, Nowy Jork.
- Newman TB i Hulley SB. (1996) *Carcinogenicity of lipidlowering drugs (Karcynogenność leków obniżających poziom lipidów)*. Journal of the American Medical Association 275: 55-60.
- Niedzwiecki A, Ivanov V. (1994) *Direct and extracellular matrix mediated effect of ascorbate on vascular smooth muscle cell proliferation (Bezpośredni i przenoszony za pośrednictwem macierzy pozakomórkowej wpływ askorbinianu na proliferację komórek mięśni gładkich naczyń)*. 24th AAA (Age) and 9th American College of Clinical Gerontology Meeting, Waszyngton
- Niendorf A, Rath M, Wolf K, Peters S, Arps H, Beisiegel U, Dietel M. (1990) *Morphological detection and quantification of lipoprotein (a) deposition in atheromatous lesions of human aorta and coronary arteries (Wykrywanie i ilościowe oznaczanie w badaniu morfologicznym złogów lipoprotein (a) w zmianach miażdżycowych ludzkiej tętnicy głównej i tętnic wieńcowych)*. Virchow's Archives of Pathological Anatomy 417: 105-111.
- Nunes GL, Sgoutas DS, Redden RA, Sigman SR, Gravanis MB, King SB, Berk BC. (1995) *Combination of Vitamin C and E alters the response to coronary balloon injury in the pig (Modyfikacja odpowiedzi na uszkodzenia balonika wieńcowego u świni przez mieszanke witamin C i E)*. Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology 15: 156-165.
- Opie LH. (1979) *Review: Role of carnitine in fatty acid metabolism of normal and ischemic myocardium (Przegląd: rola karnityny w przemianie kwasów tłuszczowych normalnego i niedokrwionego mięśnia sercowego)*. American Heart Journal 97: 375-388.
- Paolisso G i wsp. (1993) *Pharmacologic doses of vitamin E improve insulin action in healthy subjects and in noninsulin-dependent diabetic patients (Farmakologiczne dawki witaminy E dodatkowo wpływają na wydzielanie insuliny u pacjentów zdrowych i nie insulinozależnych cukrzyków)*. American Journal of Clinical Nutrition 57: 650-656.
- Paterson JC. (1941) *Some factors in the causation of intimal hemorrhages and in the precipitation of coronary thrombi (Niektóre czynniki przyczynowe krwotoków z wewnętrznej błony naczyń oraz tworzenia skrzepów wieńcowych)*. Canadian Medical Association Journal 44:114-120.
- Pauling L. (1986) *How to Live Longer and Feel Better (Jak żyć dłużej i czuć się lepiej?)*. WH Freeman and Company, Nowy Jork.
- Pfleger R, Scholl F. (1937) *Diabetes und vitamin C (Cukrzyca a witamina C)*. Wiener Archiv für Innere Medizin 31: 219-230.
- Psaty BM, Heckbert SR, Koepsell TD i wsp. (1995) *The risk of myocardial infarction associated with antihypertensive drug therapies (Ryzyko zawałów mięśnia sercowego związane ze stosowaniem leków przeciwdziałających nadciśnieniu)*. Journal of the American Medical Association 274: 620-625.
- Rath M, Niendorf A, Reblin T, Dietel M, Krebber HJ, Beisiegel U. (1989) *Detection and quantification of lipoprotein (a) in the arterial wall of 107 coronary bypass patients (Wykrywanie i ilościowe oznaczanie lipoprotein (a) w ścianie tętnicy 107 pacjentów z bypassami wieńcowymi)*. Arteriosclerosis 9: 579-592.
- Rath M, Pauling L. (1990a) *Hypothesis: Lipoprotein (a) is a surrogate for ascorbate (Hipoteza: lipoproteina (a) surogatem askorbinianu)*. Proceedings of the National Academy of Sciences USA 87: 6204-6207.

- Rath M, Pauling L (1990b) *Immunological evidence for the accumulation of lipoprotein (a) in the atherosclerotic lesion of the hypoascorbemic guinea pig (Dowody immunologiczne gromadzenia lipoproteiny (a) w zmianach miażdżycowych świnek morskich z niedoborem askorbinianu we krwi)*. Proceedings of the National Academy of Sciences USA 87: 9388-9390.
- Rath M, Pauling L. (1991a) *Solution to the puzzle of human cardiovascular disease: Its primary cause is ascorbate deficiency, leading to the deposition of lipoprotein (a) and fibrinogen/fibrin in the vascular wall (Rozwiązanie łamigłówki ludzkiej choroby sercowo-naczyniowej. Niedobory askorbinianu prowadzące do tworzenia złożeń lipoprotein (a) i fibrynogenu/włókniaka w ścianie naczyń główną przyczyną choroby)*. Journal of Orthomolecular Medicine 6: 125-134.
- Rath M, Pauling L. (1991b) *Apoptein(a) is an adhesive protein (Aproteina (a) jako białko adhezyjne)*. Journal of Orthomolecular Medicine 6: 139-143.
- Rath M., Pauling L. (1992a) *A unified theory of human cardiovascular disease leading the way to the abolition of this disease as a cause for human mortality (Zunifikowana teoria rozwoju choroby sercowo-naczyniowej pozwalająca na wyeliminowanie śmiertelności schorzenia wśród ludzi)*. Journal of Orthomolecular Medicine 7: 5-15.
- Rath M, Pauling L. (1992b) *Plasmin-induced proteolysis and the role of apoprotein(a), lysine, and synthetic lysine analogs (Indukowana plazminą proteoliza a rola apoproteiny (a), lizyny i syntetycznych analogów lizyny)*. Journal of Orthomolecular Medicine 7: 17-23.
- Rath M. (1992c) *Lipoprotein-a reduction by ascorbate (Obniżanie poziomu lipoproteiny (a) askorbinianem)*. Journal of Orthomolecular Medicine 7: 81-82.
- Rath M. (1992d) *Solution to the puzzle of human evolution (Rozwiązanie zagadki ewolucji człowieka)*. Journal of Orthomolecular Medicine 7: 73-80.
- Rath M. (1992e) *Reducing the risk for cardiovascular disease with nutritional supplements (Zmniejszanie ryzyka rozwoju choroby sercowo-naczyniowej metodą wzbogacania diety)*. Journal of Orthomolecular Medicine 7: 153-162.
- Rath M. (1993c) *A new era in medicine (Nowa era medycyny)*. Journal of Orthomolecular Medicine 8: 134-135.
- Rath M. (1996) *The Process of Eradicating Heart Disease Has Become Irreversible (Proces eliminowania choroby serca stał się nieodwracalny)*. Journal of Applied Nutrition 48: 22-33.
- Rath M., Niedzwiecki A. (1996) *Nutritional Supplement Program Halts Progression of Early Coronary Atherosclerosis Documented by Ultrafast Computed Tomography (Program wzbogacania diety zatrzymuje rozwój wczesnej choroby sercowej – badania potwierdzone metodą superszybką tomografii komputerowej)*. Journal of Applied Nutrition. 48: 68-78.
- Rhoads GC, Dahlen G, Berg K, Morton NE, Dannenberg AL. (1986) *Lp(a) Lipoprotein as a risk factor for myocardial infarction (Lipoproteina Lp(a) jako czynnik ryzyka zawału mięśnia sercowego)*. Journal of the American Medical Association 256: 2540-2544.
- Riales RR, Albrink MJ. *Effect of chromium chloride supplementation on glucose tolerance and serum lipids including high-density lipoprotein of adult men (Wpływ uzupełniania chlorku chromu na tolerancję glukozy i poziom lipidów, w tym frakcji HDL, w osoczu dorosłych mężczyzn)*. American Journal of Clinical Nutrition 34: 2670-2678.
- Riemersma RA, Wood DA, Macintyre CCA, Elton RA, Gey KF, Oliver MF. (1991) *Risk of angina pectoris and plasma concentrations of vitamins A, C, and E and carotene (Ryzyko dusznicy bolesnej a stężenie witaminy A, C, E i karotenu w osoczu)*. The Lancet 337: 1-5.
- Rimm EB, Stampfer MJ, Ascherio AA, Giovannucci E, Colditz GA, Willett WC. (1993) *Vitamin E consumption and the risk of coronary heart disease in men (Zażywanie*

- witaminy E a ryzyko choroby wieńcowej u mężczyzn). *New England Journal of Medicine* 328: 1450-1449.
- Rivers JM. (1975) *Oral contraceptives and ascorbic acid (Doustne środki antykoncepcyjne a kwas askorbinowy)*. *American Journal of Clinical Nutrition* 28: 550-554.
- Rizzon P, Biasco G, Di Biase M, Boscia F, Rizzo U, Minafra F, Bortone A, Silprandi N, Procopio A, Bagiella E, Corsi M. (1989) *High doses of L-carnitine in acute myocardial infarction: metabolic and antiarrhythmic effects (Wysokie dawki L-karnitiny w ostrym zawałe mięśnia sercowego: efekty metaboliczne i znoszenie arytmii serca)*. *European Heart Journal* 10: 502-508.
- Robinson K, Arheart K, Refsum H i wsp. (1998) *Low circulating folate and vitamin B6 concentrations: risk factors for stroke, peripheral vascular disease, and coronary artery disease (Niskie stężenia folianu i witaminy B6 we krwi krążącej: czynniki ryzyka wystąpienia udaru, obwodowej choroby naczyniowej i choroby wieńcowej)*. *Circulation* 97(5):437-43. Errata w: *Circulation* (1999) 99(7): 983.
- Rudolph Willi (1939) *Vitamin C und Ernährung (Witamina C i dieta)*. Enke Verlag Stuttgart.
- Salonen JT, Salonen R, Ihanainen M, Parviainen M, Seppänen R, Seppänen K, Rauramaa R. (1987) *Vitamin C deficiency and low linolenate intake associated with elevated blood pressure: The Kuopio Ischemic Heart Disease Risk Factor Study (Niedobory witaminy C i przyjmowanie niskich dawek soli kwasu linolowego związane z podniesionym ciśnieniem krwi. Fińskie badanie nad czynnikiem ryzyka niedokrwiennej choroby serca)*. *Journal of Hypertension* 5 (Dodatek 5): S521-S524.
- Salonen JT, Salonen R, Seppänen K, Rinta-Kiikka S, Kuukka M, Korpela H, Alfthan G, Kantola M, Schalh W. (1991) *Effects of antioxidant supplementation on platelet function: a randomized pair-matched, placebo-controlled, doubleblind trial in men with low antioxidant status (Wpływ uzupełniania przeciwutleniaczy na funkcje płytek krwi. Randomizowane, podwójne ślepe porównawcze badanie kliniczne z zastosowaniem placebo z udziałem grupy mężczyzn z niskim poziomem przeciwutleniaczy we krwi)*. *American Journal of Clinical Nutrition* 53: 1222-1229.
- Sauberlich HE, Machlin LJ (Redakcja). (1992) *Beyond deficiency: New views on the function and health effects of vitamins (Niedobory witamin: Nowe poglądy na funkcje i skutki zdrowotne ich stosowania)*. *Annals of the New York Academy of Sciences* v. 669.
- Shimon I, Almog S, Vered Z i wsp. (1995) *Improved left ventricular function after thiazine supplementation in patients with congestive heart failure receiving long-term furosemide therapy (Poprawa funkcji lewej komory po uzupełnieniu poziomu tiaminy we krwi pacjentów z zastoinową niewydolnością serca poddawanych długotrwałemu leczeniu furosemidem)*. *American Journal of Medicine* 98: 5
- Smith HA, Jones TC. (1958). *Veterinary Pathology (Patologia weterynaryjna)*.
- Sokoloff B, Hori M, Saelhof CC, Wrzolek T, Imai T. (1966) *Aging, atherosclerosis and ascorbic acid metabolism (Starzenie, miażdżycza i przemiana kwasu askorbinowego)*. *Journal of the American Gerontology Society* 14: 1239-1260.
- Som S, Basu S, Mukherjee D, Deb S, Choudhury PR, Mukherjee S, Chatterjee SN, Chatterjee IB. (1981) *Ascorbic acid metabolism in diabetes mellitus (Przemiana kwasu askorbinowego w przebiegu cukrzycy)*. *Metabolism* 30: 572-577.
- Spittle CR (1971) *Atherosclerosis and Vitamin C (Miażdżycza tętnic a witamina C)*. *Lancet* 2:1280-1.
- Stampfer MJ, Hennekens CH i wsp. (1993) *Vitamin E consumption and the risk of coronary disease in women (Zażywanie witaminy E a ryzyko choroby wieńcowej u kobiet)*. *New England Journal of Medicine* 328(20):1444-9.
- Stankova L, Riddle M, Larned J, Burry K, Menashe D, Hart J, Bigley R. (1984) *Plasma ascorbate concentrations and blood cell dehydroascorbate transport in patients with diabetes mellitus (Poziom askorbinianu w osoczu i czerwonych krwinek transport dehydroaskorbinianu u chorych na cukrzycę)*. *Metabolism* 33: 347-353.

- Stephens NG, Parsons A, Schofield PM i wsp. (1996) *Randomized controlled trial of vitamin E in patients with coronary disease: Cambridge Heart Antioxidant Study (CHAOS)* [Kontrolowane randomizowane badanie kliniczne stosowania witaminy E u pacjentów z chorobą wieńcową. Badanie Uniwersytetu Cambridge CHAOS (Cambridge Heart Antioxidant Study) nad przeciwutleniaczami w chorobie serca]. *Lancet* 347: 781-6.
- Stapp W, Schroeder H, Altenburger E. (1935) *Vitamin C und Blutzucker (Witamina C a poziom cukru we krwi)*. *Klinische Wochenschrift* 14 [26]: 933-934.
- Stryer L. (1988) *Biochemistry. 3rd edition (Biochemia. Wydanie 3)*. W.H. Freeman and Company, Nowy Jork.
- Tarry WC. (1994) *L-arginine improves endothelium-dependent vasorelaxation and reduces initial hyperplasia after balloon angioplasty (L-arginina obniża śródbłonowo zależne napięcie naczyń i redukuje początkową hiperplazję po angioplastyce balonikowej)*. *Arteriosclerosis and Thrombosis* 14: 938-943.
- Teo KK, Salim Y. (1993) *Role of magnesium in reducing mortality in acute myocardial infarction: A review of the evidence (Rola magnezu w obniżaniu śmiertelności z powodu ostrego zawału mięśnia sercowego. Przegląd dowodów)*. *Drugs* 46[3]: 347-359.
- Thomsen JH, Shug AL, Yap VU i wsp. *Improved pacing tolerance of the ischemic human myocardium after administration of carnitine (Poprawa tolerancji rytmicznego pobudzania ludzkiego niedokrwionego mięśnia sercowego po podaniu karnityny)*. *American Journal of Cardiology* 43: 300-306.
- Toufexis A. (1992) *The New Scoop on Vitamins (Nowe sensoryjne informacje o witaminach)*. *Time Magazine* 1139(14): 54-59.
- Turlapaty P, Altura BM. (1980) *Magnesium deficiency produces spasms of coronary arteries: Relationship to etiology of sudden death ischemic heart disease (Niedobory magnezu wywołują skurcze naczyń wieńcowych. Związek z etiologią nagłej śmierci w przebiegu niedokrwiennej choroby serca)*. *Science* 208: 198-200.
- Virchow R. (1859) *Cellular Pathologie (Patologia komórkowa)*. Berlin: August Hirschwald.
- Vital Statistics of the United States (Statystyki demograficzne w USA)*, US Department of Health and Human Services, National Center for Health Statistics, 1994.
- Widman L i wsp. (1993) *The dose-dependent reduction in blood pressure through administration of magnesium. A double blind placebo-controlled cross-over study (Zależne od dawki zmniejszanie ciśnienia krwi przy podawaniu magnezu. Krzyżowe, podwójnie ślepe badanie kliniczne z użyciem placebo)*. *American Journal of Hypertension* 6(1):161-165
- Willis GC, Light AW, Gow WS. (1954) *Serial arteriography in atherosclerosis (Arteriografia w miażdżycy tętnic)*. *Canadian Medical Association Journal* 71: 562-568.
- World Health Statistics (Statystyki stanu zdrowia na świecie)*, Światowa Organizacja Zdrowia, Genewa, 1994.
- Yokoyama T, Date C, Kokubo Y i wsp. (2000) *Serum vitamin C concentration was inversely associated with subsequent 20-year incidence of stroke in a Japanese rural community. The Shibata Study (Zależność odwrotna między stężeniem witaminy C i występowaniem udarów w ciągu kolejnych 20 lat w populacji japońskich rolników. Badanie Shibata)*. *Stroke* 31(10): 2287-94.
- Zenker G, Koeltringer P, Bone G, Kiederhorn K, Pfeiffer K, Jürgens G. (1986) *Lipoprotein (a) as a Strong Indicator for Cardiovascular Disease (Lipoproteina (a) jako wyraźny wskaźnik choroby sercowo-naczyniowej)*. *Stroke* 17: 942-945.

Odwiedź wiodącą światową stronę [www](http://www.drrathresearch.org) poświęconą naturalnemu zdrowiu i zapoznaj się z najnowszymi informacjami o badaniach nad witaminami oraz osiągnięciach medycyny komórkowej w leczeniu choroby sercowo-naczyniowej i innych problemów zdrowotnych:

www.drrathresearch.org

Odwiedź wiodącą światową stronę [www](http://www.dr-rath-health-foundation.org) poświęconą batalii o wolność naturalnego zdrowia i dowiedz się, co Ty możesz zrobić, aby pomóc zbudować nowy, zorientowany na pacjenta system opieki zdrowotnej w każdym miejscu na świecie:

www.dr-rath-health-foundation.org

Dodatkowe informacje są dostępne pod adresem:

Dr. Rath Education Services B. V.

Sourethweg 9

6422 PC Heerlen

Holandia

Tel: +31 457 111 226

Fax: +31 457 111 229



Dr Matthias Rath wraz ze swoim przyjacielem – dr Linusem Paulingiem – laureatem nagrody Nobla, krótko przed jego śmiercią w roku 1994

Niniejsza książka dokumentuje pionierskie odkrycia medyczne, eliminujące zawały serca, udary mózgu, nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, arytmie oraz inne choroby cywilizacyjne.

Dr med. Matthias Rath, znany na arenie międzynarodowej naukowiec i lekarz, dokonał przełomu w badaniach komórkowych nad witaminami. Przełom ten pozwala uratować miliony istnień ludzkich i pokonać największego, współczesnego wroga – śmierć z powodu chorób serca.

Dwukrotny laureat nagrody Nobla – dr Linus Pauling, krótko przed swoją śmiercią w roku 1994 zwrócił się do dra Ratha ze słowami: „Twoje odkrycia są tak ważne, bo dotyczą milionów ludzi i zagrażają wielkim gałęziom przemysłu. Pewnego dnia mogą wybuchnąć wojny, których jedynym celem będzie zahamowanie dostępu do rozpowszechnienia twoich przełomowych odkryć. Wówczas nadejdzie czas próby, kiedy będziesz musiał stawić opór!”

Ten czas z pewnością nadszedł teraz, wraz z wybuchem wojny w Iraku. Poprzez międzynarodową kampanię informacyjną, prowadzoną w dzienniku *New York Times* i w innych gazetach, dr Rath zwraca uwagę na to, że największe korzyści z tej wojny i kolejnych międzynarodowych kryzysów osiągają grupy interesu stojące za wielkimi koncernami farmaceutycznymi i petrochemicznymi. Jako człowiek, naukowiec i lekarz dr Matthias Rath przeciwstawia się temu pozornie niezwykłemu kartelowi gospodarczo-politycznemu.

Niniejsza książka dokumentuje naukowe podstawy przełomu, którego dr Rath dokonał w interesie całej ludzkości. Tym samym staje się on „głosem sumienia” ludzkości.

Niniejsza książka przedstawia również sposób na stworzenie nowego, efektywnego systemu ochrony zdrowia. Nadszedł czas nowego systemu opieki zdrowotnej, który ma służyć ludziom, a nie akcjonariuszom koncernów farmaceutycznych. Nadszedł czas realizacji życiowego celu dra Ratha: „Zdrowie dla wszystkich do roku 2020”.



Dochód ze sprzedaży niniejszej książki zasili konto Fundacji Zdrowia dra Ratha.