

12

Saturday May 4, 200

Documentazione

- Il testo della conferenza alla Stanford Medical School
- „Appello Rath-Pauling per il debellamento della cardiopatia!“
- „Salute per tutti entro il 2020!“
- „La costituzione dell’Aja“
- „Petizione per il libero accesso alle terapie naturali“
- L'autore
- Studio clinico: la regressione naturale della malattia cardiovascolare
- Pubblicazioni

Il testo della conferenza alla Stanford Medical School

Il 4 maggio 2002 ebbi il privilegio di tenere la seguente conferenza presso un simposio sulla nutrizione della Stanford Medical School di Palo Alto, California.

Questa istituzione medica serve tranquillamente gli interessi del cartello farmaceutico da più di 100 anni e ne promuove il multimiliardario business delle malattie cardiache.



Per più di un decennio il cartello farmaceutico ha combattuto con forza la mia scoperta sulla relazione fra lo scorbuto e la cardiopatia, avendo compreso che costituisce una minaccia per i fondamenti del suo business.

Nella sua battaglia, il consorzio farmaceutico ha persino approfittato di molti dei più illustri opinionisti medici.

Ora, i crescenti consensi sulla relazione fra lo scorbuto e la malattia cardiovascolare non possono più essere ignorati. La mia conferenza all'Università di Stanford è stata un evento storico perché ha frantumato il giogo del cartello farmaceutico sulle istituzioni mediche affermate. I medici che hanno organizzato l'evento meritano se non altro il merito di aver aperto questi cancelli così strettamente controllati della medicina.

I venti minuti della mia conferenza hanno avuto l'effetto di un terremoto per il castello di carte che è la cardiologia basata sui farmaci. La medicina cellulare ha ora aperto le porte a una nuova generazione di medici e cardiologi, consentendo loro di salvare milioni di vite.



Alla conferenza che ho tenuto all'Università di Stanford

La cardiopatia è una forma precoce dello scorbutto, detto anche la malattia dei marinai. Nella mia presentazione posso solo concentrarmi sulle prove più convincenti di cui dispongo. Per ulteriori particolari vi incoraggio a visitare il nostro sito web dedicato alla ricerca: www.dr-rath-research.org.

Tutte le ipotesi esistenti sull'aterogenesi hanno un problema in comune: sfuggono alla logica umana. Se elevati livelli di colesterolo, LDL ossidato o batteri danneggiassero la parete vascolare, le placche aterosclerotiche si formerebbero lungo l'intero sistema circolatorio. Inevitabilmente, la vasculopatia periferica sarebbe la manifestazione primaria della malattia cardiovascolare. Questo chiaramente non avviene.

Non è necessaria una laurea alla Stanford o in un'altra facoltà di medicina: qualunque persona comune può risolvere «l'enigma del campo di football».

Le arterie, le vene e i capillari del nostro corpo compongono un sistema vascolare lungo 96.000 chilometri, la cui superficie potrebbe ricoprire l'area di un campo di football. Ma questo sistema nel 90% dei casi si deteriora sempre in una porzione specifica: le arterie coronarie, che sono lunghe solo un milionesimo dell'intero sistema vascolare. Se il colesterolo alto o

Le attuali ipotesi sull'aterosclerosi possono spiegare la malattia vascolare periferica ma non la coronaropatia

Ricercatori:

**Goldstein & Brown
Steinberg
Ross
Libby**

Ipotesi:

**Ipercolesterolemia
LDL ossidato
Risposta al danno
Infiammazione**

qualsiasi altro fattore di rischio che circola nel sangue potesse danneggiarlo, il sistema si bloccherebbe tutto, non solo in un punto determinato. Ovviamente, il colesterolo alto non può essere la causa primaria di malattia delle arterie coronarie.

La soluzione all'enigma della malattia cardiovascolare, pertanto, deve risiedere nel fatto che le placche coronariche sono la manifestazione predominante della malattia cardiovascolare. Per risolvere questo enigma dobbiamo spostare per un momento la nostra attenzione dal flusso sanguigno e dai suoi costituenti per concentrarla sull'unico e solo obiettivo di rilievo: la stabilità della parete vascolare.

La figura che segue mostra la relazione fra la malattia cardiovascolare e lo scorbuto o malattia dei marinai. A differenza di quanto avviene negli animali, il corpo umano non è in grado di sintetizzare la vitamina C. La carenza di ascorbato porta a due distinte alterazioni morfologiche della parete vascolare: una disfunzione della stabilità vascolare dovuta a ridotta sintesi del collagene e una perdita della funzione della barriera endoteliale.

I marinai dei secoli scorsi morivano in pochi mesi per emorragia dovuta a una carenza di sintesi dell'acido ascorbico a livello

„L'enigma del campo di football“



La superficie totale del sistema vascolare di una persona è paragonabile alle dimensioni di un campo di football americano.

Ma nel 90% dei casi, si ostruisce sempre lo stesso piccolo punto: l'area per il calcio del cosiddetto „extra point“.







endogeno associata a una dieta carente di vitamine. Quando gli indiani davano loro tisane preparate con la corteccia degli alberi e altri nutrimenti ricchi di vitamine, la perdita di sangue cessava e la parete vascolare guariva naturalmente. Così veniva riparato il danno.

Oggi tutti assumiamo una certa quantità di vitamina C nella dieta ed è raro che si manifesti una forma di scorbuto. Ma non è sufficiente, e quasi tutti soffriamo di carenza vitaminica cronica. Nel corso di decenni si sviluppano lesioni microscopiche lungo la parete vascolare, particolarmente nelle aree sottoposte ad elevato stress meccanico, come le arterie coronarie (cuore che pompa).

Proprio come nella malattia dei marinai, la vitamina C induce la riparazione naturale delle pareti dei vasi sanguigni nella malattia cardiovascolare, portando a un arresto della progressione e persino alla naturale regressione delle lesioni vascolari.

In contrasto con i modelli attuali di aterogenesi, la «relazione fra scorbuto e cardiopatia» risponde a tutte le questioni chiave della cardiologia contemporanea.

La „relazione fra scorbuto e cardiopatia“

Scorbuto	Cardiopatia	
		<p>La malattia cardiovascolare è una forma precoce di scorbuto, la malattia dei marinai. In entrambi i casi, la carenza di vitamina C nelle cellule vascolari è il problema di base.</p>
		<p>Nello scorbuto, un completo esaurimento dell'ascorbato nel corpo dissolve la struttura della parete del vaso sanguigno provocando crepe, emorragie e infine morte.</p>
		<p>Nella malattia cardiovascolare, la carenza di ascorbato si sviluppa gradualmente nel corso di decenni, tempo sufficiente per l'attivazione dei meccanismi di riparazione vascolare (formazione di placche).</p>

1. Perché subiamo attacchi di cuore e non ne subiamo al naso o alle orecchie?

La risposta può essere condensata in due fattori: disfunzione strutturale delle pareti vascolari dovuta a carenza vitaminica e stress meccanico derivato dalle pulsazioni del flusso sanguigno nelle arterie coronarie. È in questo particolare punto che la disfunzione strutturale di fondo si manifesta inizialmente.

2. Perché soffriamo di arteriosclerosi ma non di „venosclerosi“?

L'ipotesi che colesterolo, infezioni batteriche, clamidia e altri fattori di rischio provochino la formazione di placche porterebbe alla conclusione che anche le vene sono soggette a ostruzione e a «venosclerosi», cosa che, chiaramente, non avviene. La relazione tra scorbuto e malattia cardiaca offre l'unica risposta logica a questo problema.

3. Perché gli animali non subiscono infarti a differenza delle persone?

Perché gli orsi e gli altri animali che vanno in letargo, i cui livelli di colesterolo sono di 600 mg per decilitro, non si sono estinti a causa di un'epidemia di attacchi di cuore? Risposta: gli animali producono autonomamente la vitamina C in quantità comprese fra 1 e 20 grammi (sei cucchiaini) al giorno, rispetto al peso del corpo umano. Queste quantità di ascorbato sono ovviamente sufficienti ad ottimizzare la stabilità delle loro pareti vascolari, senza alcuna necessità di statine e di altri farmaci per l'abbassamento del colesterolo.

4. Perché tutti i fattori di rischio importanti per la malattia cardiovascolare sono strettamente correlati alla carenza di ascorbato?

Tutti i fattori di rischio per la malattia cardiovascolare conosciuti oggi, fra cui:

- il metabolismo dei carboidrati, come il diabete
- il metabolismo dei lipidi, come l'alto colesterolo e altre iperlipidemie
- il metabolismo degli aminoacidi, come l'omocisteinuria

sono strettamente correlati a carenze di vitamina C e ad altri micronutrienti essenziali per il metabolismo delle cellule vascolari. Il denominatore comune di questi disordini metabolici è una risposta di stabilizzazione compensatoria a livello delle pareti vascolari con carenza vitaminica. Questo è anche il motivo per cui la carenza di ascorbato aumenta i livelli di fibrinogeni e trombociti diminuendo contemporaneamente i fattori di rilassamento di derivazione endoteliale (ossido nitrico) e la prostaciclina.

Consideriamo l'evidenza chiave della relazione tra lo scorbuto

Perché le persone sono soggette ad attacchi di cuore e non „di naso“

Diastole
(Fase di rilassamento)



Sistole
(Fase di contrazione)



La debolezza di fondo delle pareti dei vasi sanguigni dovuta a carenza vitaminica si manifesta principalmente nei punti più esposti a stress meccanico estremo.

A causa del continuo pompaggio cardiaco, le arterie coronarie sono le aree più stressate e i principali punti sottoposti a danno vascolare e conseguente riparazione (formazione di placche).

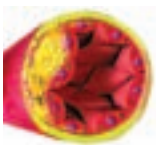
Ad ogni battito del cuore le arterie coronarie vengono appiattite.

e la cardiopatia. La cavia di laboratorio, come l'uomo, non è in grado di sintetizzare l'ascorbato endogenamente. Nella nostra ricerca pubblicata sulla rivista *Proceedings of the National Academy of Sciences*, abbiamo dimostrato che quando alle cavia vengono somministrate quantità di vitamina C corrispondenti ai livelli giornalieri raccomandati per gli esseri umani, esse sviluppano aterosclerosi. Queste lesioni vascolari sono istologicamente indistinguibili dalle placche aterosclerotiche umane. In contrasto, gli animali che ricevevano circa un cucchiaino di vitamina C al giorno avevano le arterie pulite.

Questi esperimenti sono stati confermati dal Dr. Maeda e dai suoi colleghi in uno studio sull'ascorbato in un modello di knockout con animali. La prima manifestazione in questi animali era il deterioramento delle pareti vascolari simile all'aterosclerosi precoce negli esseri umani.

Perché le persone si ammalano di arteriosclerosi ma non di venosclerosi

Arteriosclerosi
Principale causa
di morte



Venosclerosi
Fondamentalmente
sconosciuta



L'arteriosclerosi è la causa di una morte su due.

La venosclerosi è sconosciuta, a meno che una vena non venga impiantata come arteria, cosa che avviene nell'intervento chirurgico di bypass coronarico. In tal caso, anche le vene sviluppano le placche.

Questa è la prova logica che l'infarto non è provocato dal colesterolo ma dalla debolezza delle pareti vascolari esposte a stress meccanico.

Abbiamo confermato questi risultati in uno studio clinico su pazienti con depositi già esistenti nelle arterie coronarie, misurati con la tomografia computerizzata ultraveloce. In seguito a un programma vitaminico ben definito, la progressione della calcificazione rallentava in maniera significativa e, in alcuni casi, veniva documentata la scomparsa di lesioni, come si può vedere dalle immagini della tomografia computerizzata a raggi X (la pubblicazione di questo studio clinico è documentata alla fine di questo libro).

La relazione fra scorbuto e malattia cardiaca determina un cambiamento di paradigma in medicina dal sollievo dei sintomi all'unico obiettivo rilevante sia dal punto di vista preventivo che dal punto di

Perché gli animali non sono soggetti ad attacchi cardiaci



Con rarissime eccezioni, gli animali non sviluppano arteriosclerosi.

Esempi di rilievo sono gli orsi, che hanno livelli medi di colesterolo nel sangue di circa 600 mg/dl. Essi non subiscono attacchi di cuore perché producono autonomamente la vitamina C che stabilizza le pareti delle loro arterie.

vista terapeutico: la stabilizzazione delle pareti vascolari. Con la scoperta di questa relazione, l'«universo della malattia cardiaca» ha cessato di essere «piatto» ed è divenuto «sferico».

Ora che abbiamo identificato la reale natura della malattia cardiovascolare, il suo debellamento è solo una questione di tempo. Fra dieci anni le testate dei principali quotidiani potrebbero riportare questi titoli:

In nome di milioni di pazienti affetti da cardiopatia, faccio appello all'Università di Stanford e alle altre istituzioni mediche perché si prendano la loro responsabilità e si uniscano a noi nel debellamento della malattia cardiovascolare. (Fine della conferenza)

La «prova della cavia di laboratorio»

Al pari degli esseri umani, le cavie di laboratorio non sono in grado di produrre autonomamente la vitamina C.



Con un basso apporto di vitamina C nella loro dieta, questi animali sviluppano placche aterosclerotiche strutturalmente identiche all'aterosclerosi umana.

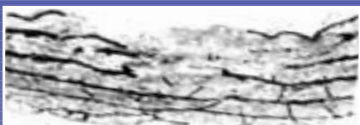


Quando veniva loro somministrata una quantità giornaliera di vitamina C equivalente a 5 grammi (un cucchiaino) le arterie risultavano protette e non mostravano placche.

Conferma della relazione scoperta dal Dr. Rath fra lo scorbuto e la cardiopatia



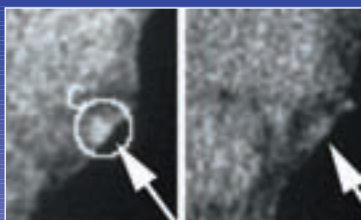
Quando la produzione di vitamina C nei topi veniva geneticamente disinnestata, ed essi non ricevevano vitamina C nella loro dieta, questi animali sviluppavano lesioni strutturali delle pareti arteriose identiche all'aterosclerosi umana precoce.



I topi normali, in grado di produrre autonomamente la vitamina C, hanno pareti vascolari sane e non sviluppano cardiopatia.

Maeda, et. al. PNAS (2000) 97: 841- 846.

La prova clinica dei pazienti affetti da coronaropatia



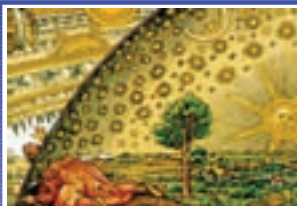
Prima

Dopo

Per la prima volta in medicina, la regressione naturale della coronaropatia è stata documentata da immagini a raggi X (tomografia computerizzata ultraveloce).

In questo paziente, le placche delle arterie coronarie sono completamente scomparse dopo un anno di trattamento con il mio programma di nutrizione cellulare.

La relazione fra scorbuto e cardiopatia trasforma l'«universo della malattia cardiaca» da mondo piatto a mondo a sfera



FRA DIECI ANNI I TITOLI SUI GIORNALI POTREBBERO ESSERE:

- „L'OMS proclama il debellamento della cardiopatia“
- „Crolla a Wall Street il mercato farmaceutico delle statine e di altri farmaci sintomatici“
- „Prossima chiusura dei dipartimenti di cardiologia a Stanford e in altre facoltà di medicina“

Reazioni alla mia conferenza

Domanda posta da John Cook, Ph.D., M.D., Professore di Cardiologia e organizzatore di questa conferenza alla Stanford Medical School:

Dr. Rath, Lei ha accennato ad un argomento veramente interessante. In effetti, penso che sia la domanda da 1 milione di dollari: perché si sviluppa l'aterosclerosi? Perché esiste una speciale eterogeneità (variazione) nell'aterosclerosi? Penso che sia un punto importante. Io ritengo che la causa sia la differenza dei sistemi: le vene e le arterie sono piuttosto differenti. Di certo sono soggette a forze emodinamiche (flusso sanguigno) differenti, ed è anche vero che sono derivate da differenti tessuti, le vene, i capillari e così via, e ritengo che questa sia la spiegazione della speciale eterogeneità, oltre alle forze emodinamiche. Qualche commento?

Dr. Rath: Bene, se si prende un intervento chirurgico di bypass coronarico, per esempio, una vena viene presa dalla gamba e quel vaso sanguigno viene impiantato come arteria coronaria in cima al cuore. Da quel momento, questa vena diventa soggetta alle pul-

sazioni (pompaggio) del flusso sanguigno. Quella che prima era una vena funziona ora come arteria e sviluppa placche aterosclerotiche che in ultima istanza possono ostruirla.

Commento di un altro professore di cardiologia:

Ma noi abbiamo anche studi che mostrano un effetto debole o nullo delle vitamine sulla malattia cardiovascolare.

Dr. Rath: «Noi» chi? Se va nelle biblioteche mediche su Internet, troverà più di 10.000 studi che documentano i benefici salutari delle vitamine. Inoltre, il più grande studio mai condotto sul pianeta Terra ha rivelato che fra miliardi di animali, la malattia cardiovascolare è essenzialmente sconosciuta in virtù del fatto che essi producono la propria vitamina C.

La questione è: per quanto tempo avete ancora intenzione di ignorare i fatti con il rischio che milioni di persone continuino a morire di una malattia che avrebbe potuto essere debellata tanto tempo fa? Allora, chi siamo «noi»?

Prendere lezioni dalla storia

„Mio caro Keplero, che cosa mi dici degli autorevoli filosofi a cui mille volte ho spontaneamente offerto di mostrare i miei studi, ma che, con l'indolente ostinazione di un serpente che ha mangiato a sazietà, non hanno mai acconsentito a guardare i pianeti, o la luna, o il telescopio? In verità, proprio come i serpenti chiudono gli occhi, così gli uomini chiudono i loro occhi davanti alla luce della verità.“

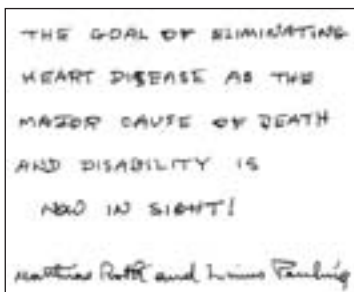
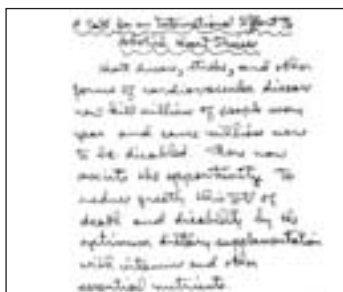
Galileo Galilei in una lettera a Giovanni Keplero, 1630

Debellare la cardiopatia è possibile!

Appello Rath-Pauling per il debellamento della malattia cardiaca

Il 2 luglio 1992, per la prima volta nella storia, è stata annunciata pubblicamente la possibilità di debellare la malattia cardiaca nel genere umano. Nel suo ultimo appello pubblico, Linus Pauling, due volte premio Nobel, ha sostenuto la mia svolta scientifica della ricerca sulla cardiopatia.

Solo alcune settimane più tardi il cartello farmaceutico ha avviato il suo impegno legislativo attraverso l'FDA (Food and Drug Administration, l'Ente americano di regolamentazione per l'alimentazione e i farmaci) per sopprimere questa scoperta e rendere le vitamine farmaci da prescrizione. Nella «battaglia per la libertà delle vitamine» del 1992-1994, il popolo degli Stati Uniti si è mobilitato contro questi piani iniqui e ha difeso il suo diritto alla salute.



Sopra: Due pagine manoscritte dell'ultimo appello pubblico del vincitore di due premi Nobel prima della sua morte nel 1994.

A sinistra: Con il Dr. Pauling alla storica conferenza stampa di San Francisco, il 2 luglio 1992, lanciamo «Un appello per un impegno internazionale a favore dell'eliminazione della cardiopatia».

L'industria farmaceutica stessa è l'ostacolo più grande alla salute umana

**La prima analisi dettagliata del «business della malattia»
smaschera l'industria farmaceutica**

Il 21 giugno 1997 ho tenuto un discorso storico al municipio di Chemnitz, dove il «business farmaceutico della malattia» è stato smascherato per la prima volta. Qui sotto sono riportati dei passi di questo discorso, la cui versione completa si trova sul sito web della nostra fondazione.



Dichiariamo l'industria farmaceutica, il cui business si prefigge di garantire il perdurare delle malattie, priva di etica e incompatibile con i principi fondamentali dei diritti umani. Chiediamo misure legislative immediate per vietare le attività commerciali di questa industria.

Protrarre deliberatamente le malattie per promuovere le

vendite dei farmaci ed ostacolare il loro debellamento è causa di morte per milioni di persone. A causa della portata di questi crimini, coloro che li perpetrano devono essere puniti con il massimo della pena secondo le leggi in vigore. Le nazioni del mondo devono emanare immediatamente delle leggi. A livello internazionale questi atti devono essere condannati urgentemente come violazioni dei diritti umani.

Noi, popolo del mondo, dichiariamo che noi stessi creeremo questo nuovo sistema sanitario e che ne saremo le fondamenta.

La base di questo nuovo sistema sanitario è un programma completo di informazione ed istruzione della popolazione in materia di salute. In ogni città sono in via di attivazione dei

centri in cui le persone interessate non competenti o i rappresentanti della professione medica stanno contribuendo a creare questo nuovo sistema sanitario.

L'educazione alla salute diventerà una materia obbligatoria nelle scuole. L'educazione della popolazione adulta in materia di sanità sarà promossa a tutti i livelli.

La „salute per tutti entro il 2020“ è possibile!

L'appello del Dr. Rath ai leader politici al Summit mondiale del 2002

Negli ultimi 10 anni sono avvenute diverse scoperte nel campo della medicina cellulare, ed è chiaro che la medicina cellulare è in grado di contribuire al controllo delle più comuni malattie odierne. Al Summit mondiale svoltosi a Johannesburg nell'agosto 2002, lanciai un appello alla comunità mondiale perché usasse a suo vantaggio queste scoperte.

SALUTE PER TUTTI

1. La salute è un diritto umano inalienabile. Ogni persona ha il diritto di avvalersene senza restrizioni. Le istituzioni pubbliche e le organizzazioni private hanno la responsabilità di mettere queste informazioni salvavita a disposizione della popolazione del pianeta. La limitazione del diritto di accesso a informazioni sanitarie di importanza vitale rappresenta una violazione dei diritti umani.
2. La salute non è ancora alla portata di tutti per una quantità di motivi, fra cui ingiustizia sociale, conflitti militari, ecc. Un'altra importante causa è il fatto che l'industria farmaceutica, la più redditizia del mondo, è un'industria degli investimenti che si basa sul perdurare della malattia, a dispetto di tutte le dichiarazioni in senso contrario. La prevenzione, la cura e il debellamento delle malattie mediante rimedi naturali non brevettabili minacciano questo «business miliardario della malattia».
3. La maggior parte delle iniziative per il miglioramento della salute su scala globale finora non sono approdate a nulla. La campagna dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la “salute per tutti entro l'anno 2000”, non è stata in grado di raggiungere il suo obiettivo perché non ha preso chiaramente le distanze dal «business della malattia», concentrandosi invece su semplici riforme amministrative e non riuscendo a trarre vantaggio dalle scoperte mediche nel campo dei rimedi naturali avvalorati scientificamente.
4. Negli ultimi anni sono stati fatti dei progressi nel campo della ricerca sulle medicine naturali in grado di ridurre le malattie endemiche oggi presenti sia nei Paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo ad una frazione delle loro attuali proporzioni. La causa principale dei problemi di salute più diffusi è una carenza cronica di vitamine e di altri nutrienti cellulari, che sono di importanza decisiva per un corretto metabolismo cellulare ed anche per la stabilità ottimale del tessuto connettivo.
5. Nei Paesi industrializzati, le più comuni cause di morte sono gli attacchi cardiaci, il cancro, l'ictus, il diabete e la pressione alta. Utilizzando le scoperte scientifiche rese disponibili dalla ricerca sui nutrienti cellulari e la medicina cellulare, è possibile debellare queste malattie in modo significativo e salvare milioni di vite umane.
6. Nei Paesi in via di sviluppo, secondo le informazioni delle Nazioni Unite, due miliardi di persone soffrono di carenza di vitamine e di altri nutrienti cellulari. Questa carenza di micronutrienti provoca la cecità in milioni di persone e ne espone centinaia di milioni al rischio di malattie infettive come l'Aids, perché il meccanismo di difesa delle loro cellule viene compromesso. Se la conoscenza scientifica disponibile sui nutrienti cellulari e sui rimedi naturali venisse utilizzata, si potrebbero salvare miliardi di vite umane nei Paesi in via di sviluppo.
7. Il debellamento dei più comuni problemi di salute odierni dipende da un unico fattore: la velocità con cui possono essere diffuse a livello mondiale le informazioni relative a questa scoperta nella ricerca sulle medicine naturali. Sebbene la conoscenza scientifica sui rimedi efficaci per queste malattie sia già

Queste scoperte possono essere applicate anche alla lotta contro i principali problemi sanitari nei paesi in via di sviluppo, compresi l'AIDS e altre malattie infettive. La Fondazione per la salute del Dr. Rath promuove l'informazione sulle terapie naturali efficaci ed economiche, con lo scopo di costruire un nuovo sistema sanitario globale che garantisca «salute per tutti entro il 2020».

Per ulteriori informazioni visitate il sito: www.dr-rath-health-foundation.org

ENTRO IL 2020

disponibile, e sebbene i nutrienti cellulari fondamentali possano essere prodotti in qualsiasi quantità e in qualsiasi parte del mondo per prevenire lo sviluppo di queste malattie, la diffusione di queste informazioni salvavita viene ostacolata.

8. L'industria farmaceutica cerca di proteggere il suo mercato mondiale di farmaci sintetici e brevettabili vietando i rimedi naturali i quali, essendo efficaci, a basso costo e non brevettabili, ne minacciano l'esistenza. La sopravvivenza a lungo termine del mercato farmaceutico, che ha un valore di miliardi di euro, dipende dai farmaci sintetici la cui brevettabilità consente di avere margini di profitto estremamente alti. Per garantire che l'industria farmaceutica continui ad essere l'industria più redditizia del mondo, i gruppi farmaceutici multinazionali stanno cercando di vietare la diffusione globale delle informazioni sanitarie sui rimedi naturali. A questo scopo, l'industria farmaceutica si sta servendo anche della «Commissione del Codex Alimentarius» delle Nazioni Unite, che stabilisce linee guida nutrizionali globali, e di altre autorità nazionali ed internazionali.

9. I popoli del mondo si trovano ora ad affrontare una delle più grandi sfide nella storia dell'umanità. Gli interessi economici di un pugno di azionisti dell'industria farmaceutica si oppongono al diritto di miliardi di persone alla salute e alla vita. Gli obiettivi di questi due gruppi di interesse sono incompatibili e si escludono a vicenda. In questa battaglia globale per riaffermare la salute umana e la vita contro i profitti ricavati da prodotti farmaceutici brevettabili, ogni governo e ogni istituzione pubblica e privata deve decidere quale posizione prendere. E la storia giudicherà questa decisione!

10. L'obiettivo "salute per tutti entro l'anno 2020" è raggiungibile, ma esiste l'urgenza di uno sforzo globale per divulgare in tutti i Paesi le informazioni sull'importanza per la salute delle vitamine e degli altri rimedi naturali.

-- Chiedo alle Nazioni Unite e alle altre organizzazioni internazionali di promuovere i rimedi naturali con tutti i mezzi a loro disposizione.

-- Chiedo ai politici di ogni Paese di fare dei rimedi naturali la base di un nuovo sistema sanitario.

-- Chiedo a tutti i medici di utilizzare i rimedi naturali per migliorare la salute dei loro pazienti.

Chiedo ad ogni singolo individuo di diffondere queste informazioni salvavita per proteggere la propria vita e quella di milioni di altri esseri umani.

Johannesburg, agosto 2002
Dr. Matthias Rath



Salute e pace, non malattie e guerre!

Testo dell'inserito della serie di lettere aperte al mondo del Dr. Rath di febbraio/marzo 2003:

Dieci anni fa, il defunto Linus Pauling mi disse: «Le sue scoperte sono talmente importanti per milioni di persone che minacciano l'esistenza di intere industrie. Un giorno potrebbero persino scoppiare guerre per impedire che questo progresso sia universalmente accettato. Sarà allora che si dovrà agire!» Quel momento è giunto!

Testo tratto dalla lettera aperta del Dr. Rath pubblicata per la prima volta sul New York Times del 28 febbraio 2003:

Oggi milioni di persone in tutto il mondo si stanno svegliando e cominciano a capire che l'industria farmaceutica è un'industria di investimenti basata sul perdurare delle malattie, la cui sopravvivenza è minacciata da quattro fattori principali:

1 Irrisolubili conflitti commerciali. L'essenza dell'industria degli investimenti del settore farmaceutico è il «business della malattia». La sua base è la brevettabilità di nuovi farmaci sintetici che si limitano ad alleviare i sintomi, ma che non eliminano la causa alla radice delle malattie. Il perdurare delle malattie e la loro diffusione sono una precondizione per l'ulteriore crescita di questa industria. La prevenzione e il debellamento

delle malattie mettono in pericolo la base economica di questa attività commerciale.

2 Irrisolubili conflitti legali.

Un'ondata di cause intentate dai pazienti contro gli effetti collaterali letali dei prodotti farmaceutici minaccia di danneggiare questa industria. Queste cause non termineranno tanto presto, dal momento che gli effetti collaterali dei farmaci sono la quarta principale causa di morte nel mondo industrializzato. Gli effetti collaterali dei prodotti farmaceutici uccidono più americani ogni anno della Seconda Guerra Mondiale e della Guerra del Vietnam messe insieme.

3 Irrisolubili conflitti etici.

L'industria farmaceutica è stretta fra un conflitto intrinseco fra la brama di mantenere i profitti derivati dai brevetti e la necessità di rispondere alle esigenze terapeutiche delle persone. Nei paesi in via di sviluppo, la red-

ditività dei farmaci è stata un fattore fondamentale che ha contribuito alla diffusione dell'AIDS e di altre epidemie.

4 Irrisolubili conflitti scientifici.

I progressi nella ricerca vitaminica, nella medicina cellulare e nelle terapie naturali consentono il controllo della maggior parte delle malattie odierne. Queste terapie naturali sono sicure, efficaci ed economiche e orientate alla prevenzione e al debellamento delle malattie, non solo all'alleviamento dei sintomi.

Questo fatto, unitamente alla bassa redditività di questi approcci naturali non brevettabili, minaccia la base economica del business dell'investimento farmaceutico.

La guerra contro l'Iraq non è principalmente per combattere il «terrorismo» o conquistare giacimenti di petrolio, ma è parte di una strategia di lungo termine dei gruppi di investimento del settore farmaceutico/petrochimico per creare uno stato psicologico di paura e mantenere così il controllo globale.



Un progetto per un mondo sano

Domenica 23 marzo 2003 a Los Angeles, alla vigilia della cerimonia degli Academy Awards (gli Oscar), ho pubblicato un altro «Appello all'azione» nel Los Angeles Times, il più importante quotidiano della città. La popolazione di Los Angeles e le celebrità di tutto il mondo hanno assimilato il messaggio.

Queste informazioni pubbliche illustravano alla comunità globale che la preconditione per il debellamento dei più comuni problemi sanitari di oggi è la fine dell'investimento nel „business della malattia“ organizzato intorno al gruppo di investimento Rockefeller. Per quasi un secolo, questi particolari gruppi di interesse hanno strategicamente costruito il più redditizio settore degli investimenti della Terra, a spese della salute e della vita di milioni di persone. Per perseguire i loro obiettivi, questi gruppi si sono serviti di tutti i settori della società, fra cui la medicina, i media, i governi e persino i più vasti organismi politici della terra come l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS).

LOS ANGELES TIMES, 23 MARZO 2003:

La guerra contro l'Iraq è appena iniziata e abbiamo già un vincitore: la popolazione del mondo. Nel corso delle scorse settimane abbiamo informato le persone in America e nel resto del mondo sui presupposti di questa guerra e sull'identità del suo principale beneficiario dal punto di vista finanziario: l'industria farmaceutica.

Queste informazioni sono state pubblicate per la prima volta nel New York Times, il giornale della città in cui i leader politici si erano riuniti negli ultimi mesi alle Nazioni Unite come raramente era accaduto prima. La tensione internazionale e l'escalation verso la guerra avevano creato un clima in cui l'informazione sull'industria farmaceutica come il principale beneficiario della «guerra contro il terrorismo» dilagò come una macchia d'olio.

La diffusione globale di queste informazioni provocò anche l'inaspettata opposizione alla pressione delle amministrazioni statunitensi e britannica da parte dei pic-

coli paesi all'interno del Consiglio di Sicurezza, che negarono alle due potenze qualsiasi mandato e qualsiasi legittimazione del diritto internazionale alla loro guerra.

Ora, la guerra condotta dalle amministrazioni Bush e Blair non può più raggiungere il suo principale obiettivo politico ed economico, cioè l'imposizione del monopolio del multimiliardario «business degli investimenti nella malattia» del settore farmaceutico alla popolazione di questo pianeta per le generazioni a venire.

Sono lo scienziato che ha effettuato le scoperte che ci consentono di controllare la maggior parte delle più comuni malattie odierne mediante mezzi naturali, e che ha smascherato le multinazionali interessate alla presente guerra: per questo considero mia responsabilità lanciare un appello alla popolazione e ai leader politici del mondo perché inizino immediatamente a costruire un „Mondo senza malattia“! 23 marzo 2003

Los Angeles Times

23 marzo 2003

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

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

A BRIEF-THINKING PERSPECTIVE

• **Cardio-vascular disease** has been identified as the result of a structural impairment of the blood vessel wall similar to the nickel-alloy stress fractures. Efficient supply of vitamins C and other micronutrients that stimulate the production of collagen - the vascular structural foundation - 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 cardio-vascular disease.

• **High blood pressure, heart failure, irregular heart beat, and diabetic circulatory problems** are primarily the result of irregular micronutrient deficiencies involving 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 sentence. All cancer cells spread by using the same mechanism. They produce massive amounts of collagen-degrading enzymes capable of getting their way through the human body during cancer spread.

Infections, 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. In-situations and other essential nutrients together the production of white blood cells and enhance immunity is most helpful in the fight against tuberculosis and other epidemics. Numerous evidence shows how often there is the multiplication of the AIDS virus by 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 summary, today's most common diseases can now be largely eradicated by natural therapies, thereby improving human health globally and liberating the pharmaceutical investment business with disease.

WHY THEN DID THIS HAPPEN EARLIER

At the beginning of the 20th century medicine makes up to a trillion-dollar. A hundred years ago the Rockefeller Group, already controlling the global oil business at that time, killed another global oil company: medicine. The human body, and the diseases it brings.

The times on their investment became dependent on the possibility of drugs and the respective patent conflicts. Under the control of "professionals" and "bureaucrats" to maintain the greatest deception in the history of mankind was strategically developed.



Every country that focuses its health care system on effective, natural, non-genotoxic health approaches is an important step towards a healthier and more peaceful world. You can follow the philosophy of restoring the jobs of the pharmaceutical investment business with pleasure on the Website of our Foundation.

Millions of patients have perceived a "cure" for their health problems, but the vast majority of the "medical" world had no proven efficacy, at best they provided symptoms, the ongoing epidemics of all these diseases from drug side-effects, from dangerous products certainly expanded the "Victims market".

A strategic perspective for this new medical was the elimination of "competition" from effective natural therapies. The basic knowledge about the essential nutrients required for optimum cellular metabolism was systematically alienated 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. From the largest international bodies and not even to influence.

WE NEED A NEW WORLD HEALTH ORGANIZATION

The World Health Organization was founded more than 50 years ago to prevent health on a global level. A first focus was to improve health through nutrition, including micronutrients. Within was denied the influence of the pharmaceutical cartel had shifted this focus. By abusing the WHO and other UN organizations e.g. "Codes Alimentaires" this industry is trying to improve global nutrition laws to protect and promote the pharmaceutical investment business with patented drugs from being threatened by "naturally superior, but not patented" natural therapies.

In the direct result of this effort "take over" of control of 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, more than 10 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 liberates us 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 let our rights in health - previously the prerogative of a few - be denied to anyone. We will not let our rights in health be denied to anyone. We will not let our rights in health be denied to anyone. We will not let our rights in health be denied to anyone.

I call upon every person on earth to realize that you live and what you do now should start building this new world right now! Every living person, every doctor's office or hospital, every school, university, government agency, every education and health, all levels that promote natural health is a first step towards creating a healthy world. By establishing this new world we not only eliminate cancer diseases but also release billions of dollars in health that are currently wasted for promoting disease and financial gain.

I call upon the political leaders to implement natural health as the basis of a just system-oriented natural health care policy. From this perspective knowledge is available around the world, you must let it be improve the health of your people. Every country that releases 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,

Haimin Rao

Per ulteriori informazioni visitate il sito:
www.dr-rath-foundation.org

Immaginare un mondo di salute, pace e giustizia sociale

Il 15 giugno 2003 i rappresentanti di cinque continenti si sono incontrati all'Aja, nei Paesi Bassi e hanno votato all'unanimità in favore della «Costituzione per un mondo di pace, salute e giustizia sociale». Questa costituzione, proclamata solo poche settimane dopo la fine della guerra in Iraq, segna l'inizio di una campagna globale di salute e istruzione per porre fine al «business della malattia» e liberare la salute dell'uomo dal giogo della malattia cardiovascolare, dal cancro e di molte altre malattie.

COSTITUZIONE PER UN MONDO

All'inizio del terzo millennio, l'umanità si trova ad un bivio. Da una parte ci sono gli interessi di sei miliardi di persone che vivono oggi sulla Terra e di tutte le generazioni future, che meritano una vita sana e dignitosa in un mondo pacifico. Dall'altra c'è un pugno di gruppi di interesse multinazionali che nega all'umanità l'accesso a questi diritti umani fondamentali per un unico motivo: l'illimitata avidità finanziaria.

In questa situazione noi, popolo del mondo, abbiamo una scelta: o continuiamo ad accettare il giogo di questi gruppi di interesse economico che non mostrano alcuno scrupolo nel continuare a imporci malattie e guerre, oppure ci liberiamo da questo fardello e cominciamo a costruire un mondo che promuova i valori fondamentali di pace, salute e giustizia sociale.

Noi, popolo della Terra, riconosciamo che adesso siamo più uniti che mai nella nostra determinazione a preservare la pace, a porre fine al «business degli investimenti nella malattia» e a portare in tribunale coloro che continuano a sacrificare la pace e la salute per interessi commerciali.

Per ciò noi, popolo dell'est e dell'ovest, del nord e del sud, di Paesi ricchi e poveri, abbiamo deciso di creare un mondo pacifico, sano e giusto: per noi stessi e per tutte le generazioni future.

Proclamiamo i seguenti come nostri diritti fondamentali e inalienabili:

Il diritto alla pace. Noi, popolo della Terra, siamo determinati a difendere il nostro diritto alla pace con tutti i mezzi a nostra disposizione. Nell'era delle armi di distruzione di massa, la guerra non può essere un mezzo per risolvere i conflitti internazionali. Noi faremo in modo che coloro che conducono la guerra senza un esplicito mandato del diritto internazionale rispondano di questo crimine. Non ci fermeremo finché questi crimini non verranno puniti, qualsiasi siano le conseguenze economiche e politiche, perché riconosciamo che questo è il solo modo per evitare la distruzione della Terra.

Il diritto alla vita. Noi, popolo della Terra, siamo determinati a difendere il nostro diritto alla vita con tutti i mezzi a nostra disposizione. Non ci fermeremo finché tutti i fattori che abbreviano la durata della vita degli abitanti del mondo non saranno stati eliminati. Combatteremo la fame, la malnutrizione e tutti gli altri fattori che persino ora provocano ogni anno la morte di milioni di persone sul nostro pianeta, soprattutto bambini. Porremo inoltre fine al «business degli investimenti nella malattia», a causa del quale sono morte, per malattie curabili, più persone che in tutte le guerre della storia umana messe insieme.

Il diritto alla salute. Noi, popolo della Terra, siamo determinati a difendere il nostro diritto alla salute con

Tutti dovrebbero sostenere questa agenda!



Lo stesso giorno ho presentato una citazione in giudizio, da parte del popolo del mondo, al Tribunale penale internazionale delle Nazioni Unite all'Aja (ICC) con lo scopo di terminare per sempre la promozione delle malattie per avidità economica e altri crimini contro l'umanità.

PACIFICO, SANO E GIUSTO

tutti i mezzi a nostra disposizione. Per questo faremo in modo che il «business farmaceutico della malattia», la diffusione deliberata di malattie per il profitto commerciale, sia proibito per legge in tutto il mondo. Porteremo davanti alla giustizia coloro che promuovono deliberatamente la diffusione delle malattie, come anche coloro che nascondono informazioni sanitarie salvavita sui rimedi naturali non brevettabili. Nel migliorare la sanità a livello locale, e nello sviluppare programmi di sanità nazionale, porremo l'accento sugli efficaci rimedi naturali che sono esenti da effetti collaterali. L'obiettivo principale di ogni sistema sanitario deve essere la prevenzione e il debellamento delle malattie.

Il diritto alla giustizia sociale. Noi, popolo della Terra, siamo determinati a fare tutto ciò che è in nostro potere per difendere il nostro diritto alla giustizia sociale con tutti i mezzi a nostra disposizione. Non accettiamo più che due su tre abitanti del mondo vivano nella povertà e nell'analfabetismo. Noi faremo in modo che le risorse del mondo siano ridistribuite in modo da assicurare un'istruzione adeguata ed una vita dignitosa a ciascun abitante del nostro pianeta. Per finanziare questa ridistribuzione della ricchezza, utilizzeremo le risorse finanziarie che si renderanno disponibili con la fine del «business della malattia» da migliaia di miliardi di euro e con l'interruzione della spesa militare globale.

Riconosciamo che il primo passo nel raggiungimento di questi obiettivi è portare in giudizio davanti ai tribunali internazionali quei gruppi di interesse finanziario

responsabili della diffusione di malattie e guerre, perché hanno sacrificato la vita di milioni di persone e perché hanno commesso altri crimini contro l'umanità.

La pubblica denuncia di questi crimini e la condanna di coloro che sono responsabili per questi gruppi di interesse economico rimuoveranno il principale ostacolo che impedisce al popolo della Terra di porre fine alle «ere oscure della malattia, della guerra e dell'ingiustizia». Sarà così possibile cominciare un «nuovo mondo di pace, salute e giustizia sociale».

In nome del popolo della Terra,

Dr. Matthias Rath

Visitate il sito www.dr-rath-health-foundation.org

Crescente consapevolezza

La nostra campagna di informazione globale non è passata inosservata. Infatti, le organizzazioni pubbliche e private, le multinazionali, le università e le altre istituzioni che ci hanno contattato attraverso il nostro sito web sono fra le più importanti del mondo. Quello che segue è solo un elenco parziale:



Organizzazioni pubbliche in:

- Australia
- Belgio
- Brasile
- Canada
- Cile
- Germania
- Egitto
- India
- Italia
- Giordania
- Malesia
- Paesi Bassi
- Norvegia
- Sudafrica
- Spagna
- Svezia
- Turchia
- USA (Dipartimento della Difesa)

Altre istituzioni:

- Accademie delle Scienze di: Bulgaria, Russia, Svezia, ecc.
- Development Bank di Singapore
- Dow Jones & Co.
- Commissione europea
- Ministerio de Salud del Cile
- Kaiser Health Insurance (USA)
- Karolinska Institutet (Facoltà di medicina)
- Los Angeles Public Library
- OPEC Fund
- Agenzia Reuters
- Royal Communications Jordan
- South African Broadcasting Corp.
- Gli Stati della California, Florida, Georgia, Illinois, Minnesota, New Jersey e Texa
- UK National Health Service
- ONU, OMS et UNICEF
- U.S. Centers for Disease Control
- USA Today

Sostegno in tutto il mondo

„Ho letto le vostre informazioni divulgative in Australia: un lavoro fantastico!

Congratulazioni per la sua integrità!“

Australia



„Mi congratulo vivamente con lei per il suo coraggio“.

Argentina



„Io sostengo il Dr. Rath nella sua missione per aprire gli occhi del mondo sulla verità riguardo alle società farmaceutiche“.

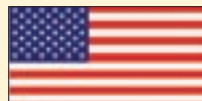
Londra



„Apprezzo il lavoro che il Dr. Rath sta portando avanti per informare me e il mondo intero.

Qualunque cosa noi possiamo fare per aiutarlo a convincere il pubblico e la politica governativa è un passo nella direzione giusta“.

Stati Uniti



Multinazionali:

- 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

Università:

- Austria : Vienne, Innsbruck, etc.
- Brésil : Buenos Aires, etc.
- Canada: Mc Gill, etc.
- Cuba : Cienfuegos
- Allemagne : Heidelberg, Berlin, etc.
- France : Grenoble, etc.
- Inde : Madras, etc.
- Italie : Bologne, Milan, Rome etc.
- Japon : Nagoya, etc.
- Corée : Séoul, etc.
- Mexique : National Univ., etc.
- Pays-Bas : Amsterdam, Rotterdam, etc.
- Pologne : Varsovie, Cracovie, etc.
- Singapour : National Univ., etc.
- Espagne : Madrid, Sevilla, Salamanca etc.
- Suède : School of Economics, etc.
- Afrique du Sud : Cape Town, Pretoria, etc.
- Grande-Bretagne : Oxford, Kings, Londres, Pays de Galles, etc.
- USA : Stanford, Harvard, Berkeley , Columbia, Rutgers, Mayo, Yale, etc.

Dr. Matthias Rath

PETIZIONE PER LA LIBERTÀ DELLE VITAMINE

Ogni anno le società farmaceutiche guadagnano diverse centinaia di miliardi di dollari dalla sola vendita su scala mondiale dei farmaci cardiovascolari. Il controllo naturale dell'epidemia della malattia cardiovascolare condurrà al collasso di questo mercato e minaccerà l'esistenza di questa industria.

Nella sua lotta per la sopravvivenza, l'industria farmaceutica ha formato un «farmacartello» globale che mira a bloccare la possibilità di debellare la cardiopatia mediante sistemi naturali. Approfittando della «Commissione del Codex Alimentarius» dell'Organizzazione mondiale della sanità, del Parlamento europeo e di altre istituzioni politiche nazionali e internazionali, il «farmacartello» mira a mettere al bando a livello mondiale tutte le informazioni relative ai benefici preventivi e terapeutici delle vitamine, dei minerali e di altre terapie naturali non brevettabili per la salute.

In questa situazione, milioni di persone in tutto il mondo devono proteggere la loro salute e la loro vita contro gli interessi di questo «business della malattia» dell'industria degli investimenti farmaceutici.

Il libero accesso alle vitamine e alle informazioni complete sulla salute naturale in tutto il mondo sarà la prima vittoria nel nostro cammino verso il debellamento della cardiopatia e di altre malattie.

Chiediamo che il nostro governo e i governi di tutti gli altri paesi:

- **Aboliscano tutte le barriere che limitano il libero accesso alle vitamine e ad altre sostanze nutritive essenziali.**
- **Diffondano le informazioni salvavita sui benefici salutari delle vitamine e delle altre terapie naturali.**
- **Promuovano il debellamento della cardiopatia e di altre malattie con tutti i mezzi disponibili.**

**Con la mia firma sostengo la „Petizione per la libertà
delle vitamine“:**

Nome	Indirizzo	Firma
------	-----------	-------

<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

Vi incoraggio a sostenere questa campagna con la vostra firma.
Vi prego di invitare anche i vostri familiari, amici e colleghi a fare
altrettanto e rendere questa petizione la base di un'iniziativa sani-
taria nella vostra comunità.

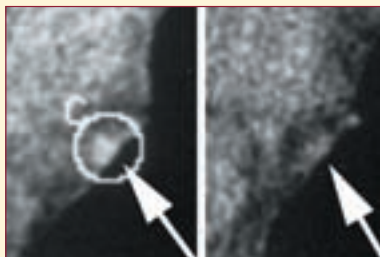
Questa petizione continuerà fino a che non avremo raggiunto il
nostro obiettivo storico.

Restituite le copie firmate alla mia attenzione presso la
Fondazione per la Salute del Dr. Rath
www.dr-rath-health-foundation.org.

Oltre 10 anni di sforzi per promuovere la

1991: vengono scoperte le basi della medicina cellulare

Nel 1991, il Dr. Matthias Rath scopre il legame fra carenza di vitamina C, lo scorbuto o «malattia dei marinai», e malattia cardiovascolare. Questo legame costituisce la base della medicina cellulare e, di conseguenza, del debellamento delle malattie endemiche, attacco cardiaco e ictus.



1991

1992: debellare l'insufficienza cardiaca è possibile

2 luglio 1992: il Dr. Rath e il Dr. Linus Pauling tengono a San Francisco una conferenza stampa il cui messaggio fondamentale è la possibilità di debellare l'insufficienza cardiaca. Nel 1992, inoltre, viene pubblicato l'opera fondamentale del Dr. Rath sul controllo naturale del cancro.



1992

1993: l'industria farmaceutica comincia la sua campagna contro il libero accesso alla terapia vitaminica

L'animosità con la quale i gruppi farmaceutici e i loro sostenitori all'interno della FDA reagiscono non è né casuale né un piano a lungo termine. Si tratta, piuttosto, di una reazione diretta e calcolata da parte dell'industria farmaceutica al progresso medico e alla scoperta del legame fra lo scorbuto e l'attacco cardiaco.



1993

salute di milioni di persone

1994

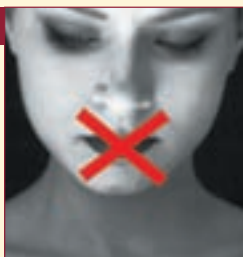


1994: negli Stati Uniti d'America viene votata all'unanimità la legge sul libero accesso alle vitamine (DSHEA)

Nel 1994 il Senato americano approva la legislazione sul libero accesso alle vitamine, il Dietary Supplement Health and

Education Act ("atto sull'educazione e sui benefici degli integratori alimentari). Esso rappresenta la più grande e peggiore sconfitta finora subita dai gruppi farmaceutici.

1995



1995: in seguito alla sua sconfitta negli Stati Uniti, l'industria farmaceutica avvia il suo contrattacco a livello internazionale.

Nel 1995, servendosi dell'ONU, l'industria farmaceutica inizia un contrattacco su scala internazionale. Con il Codex Alimentarius, essa mira a vietare le terapie vitaminiche in tutti gli stati membri dell'ONU a livello mondiale.

1996



1996: conferenza del «Codex Alimentarius» in Germania

A partire dall'ottobre 1996, la cosiddetta conferenza del «Codex-Alimentarius» si riunisce regolarmente con lo scopo di legiferare per un boicottaggio globale delle informazioni sulle medicine naturali.

1997: 3.700 persone votano per un programma storico che inaugura una nuova era

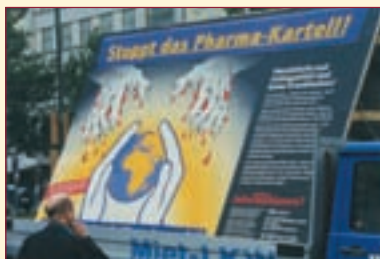
Dopo una conferenza del Dr. Rath, il 21 giugno 1997 a Chemnitz, 3.700 partecipanti approvano il «Programma Chemnitz» con un vasto consenso. Questa è la prima dichiarazione pubblica di battaglia contro i piani disumani dell'industria farmaceutica relativa alla „Commissione del Codex Alimentarius“.



1997

1998: una massiccia protesta riesce ad impedire un altro „successo“ della conferenza del „Codex Alimentarius“

Nell'ottobre 1998, un'altra conferenza del «Codex» si tiene a Berlino. Vi partecipano delegazioni di 44 Paesi. Come conseguenza della protesta internazionale, i piani immorali del cartello farmaceutico devono essere temporaneamente messi da parte.



1998

1999: bloccato il divieto pianificato della terapia vitaminica in Gran Bretagna

Le terapie vitaminiche devono essere vietate con la bozza di legge «MLX 2459». Su un giornale locale di Londra, il Dr. Rath informa tutta la capitale inglese dei piani privi di scrupoli dell'industria farmaceutica per far passare questa legge. Il governo britannico viene richiamato dalla pausa estiva a causa di massicce proteste e, in una „riunione di crisi“, ritira la bozza.



1999

2000

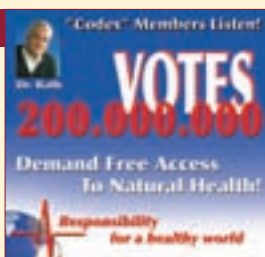


2000: un'altra vittoria storica contro il «Codex» durante la riunione di Berlino

Nel giugno 2000 si tiene un altro incontro del «Codex Alimentarius». Il Dr. Rath e l'Alleanza della Salute sono i fattori decisivi che prevengono i

piani per vietare l'avvio della terapia vitaminica. L'incontro è preceduto da un vasto lavoro di informazione e diverse azioni di protesta.

2001



2001: una conquista nella ricerca sul cancro: la delibera del «Codex» viene bloccata ancora una volta

L'opera fondamentale del Dr. Rath sul controllo naturale del cancro viene confermata dopo lunghi anni di ricerca sulle linee da lui tracciate. Le sostanze biologiche che inibiscono il diffondersi delle cellule cancerogene sono identificate con precisione dall'istituto di

ricerca del Dr. Rath. I risultati di tali ricerche dimostrano un arresto completo della diffusione delle cellule cancerogene in molti tipi di cancro. A novembre, milioni di voti espressi per posta elettronica e centinaia di persone all'esterno dell'edificio che ospita la conferenza impediscono ancora una volta che i rappresentanti riuniti del «Codex Alimentarius» approvino una delibera.

2002



Marzo 2002: il Parlamento Europeo emana direttive e ignora 600 milioni di proteste in forma di e-mail

A seguito delle scoperte innovative nella ricerca sul cancro, il cartello farmaceutico è costretto ad agire. Nel marzo 2002

viene emessa una direttiva che vieta l'uso di integratori alimentari efficaci e naturali per prevenire le malattie. Ciononostante, i miei sforzi sono riusciti a rinviare questa misura per quasi 3 anni.

L'autore

Matthias Rath, M.D. è il medico e scienziato di fama mondiale che ha guidato la rivoluzionaria scoperta nella prevenzione e nella terapia naturale dell'aterosclerosi, la causa che sta alla base degli attacchi di cuore e degli ictus. Per questa scoperta gli sono stati attribuiti i primi brevetti al mondo per la regressione naturale della malattia cardiovascolare.

Il Dr. Rath è il fondatore della medicina cellulare, l'interpretazione scientifica fundamentalmente nuova che la maggior parte delle più comuni malattie odierne, fra cui la cardiopatia e il cancro, sono conseguenze della carenza a lungo termine di alcune vitamine, minerali e altri biocatalizzatori per il metabolismo di milioni di cellule nel nostro corpo.

Le pubblicazioni scientifiche del Dr. Rath sono apparse su autorevoli riviste scientifiche internazionali, fra cui Arteriosclerosis dell'American Heart Association e i Proceedings of the National Academy of Sciences, USA. I suoi libri sono stati tradotti in più di 10 lingue e milioni di copie sono state vendute in tutto il mondo.

Il Dr. Rath è fondatore e direttore di un istituto di ricerca e sviluppo internazionale che ha come obiettivo il debellamento dei più comuni problemi di salute contemporanei con la medicina cellulare e terapie naturali sicure ed efficaci.

Le scoperte del Dr. Rath sull'efficace controllo naturale della cardiopatia e di altre malattie sono divenute una minaccia per il multimiliardario «business della malattia» dell'industria farmaceutica, che si basa su farmaci sintetici diretti solamente al sollievo dei sintomi. Come diretta conseguenza, le società farmaceutiche hanno lanciato una campagna globale per l'approvazione di «leggi protezionistiche» per i loro mercati dei farmaci. Il loro obiettivo è di mettere al bando le informazioni salvavita sulla salute naturale a spese della salute e della vita dell'uomo.

Il sito web www.drrath.com del Dr. Rath è la principale fonte mondiale di informazioni sulla medicina cellulare e le terapie naturali.



Trovo ispirazione per il mio lavoro nella natura. Ho avuto le idee più creative quando ero circondato dal mondo naturale e dalla quieta solitudine.

Ringraziamenti

I miei ringraziamenti vanno a tutti coloro senza i quali il progresso medico per il controllo della malattia cardiovascolare avrebbe subito un ritardo di molti anni, alla Dr. Aleksandra Niedzwiecki, mia collega di vecchia data, e all'intero gruppo di ricercatori del nostro istituto, ai nostri impiegati, ai membri della nostra Alleanza per la salute e ai milioni di persone e amici in tutto il mondo che mi hanno sostenuto in questa lotta globale per la liberazione della salute umana.

I miei ringraziamenti vanno inoltre a tutti coloro che rimangono per me una fonte inestimabile di motivazione con il loro scetticismo e la loro opposizione.



La Dottoresa Aleksandra Niedzwiecki (a sinistra) e il suo staff

Un programma di integrazione alimentare arresta il progresso dell'aterosclerosi coronarica precoce documentata mediante tomografia computerizzata ultraveloce

Matthias Rath, M.D. e Aleksandra Niedzwiecki, Ph.D.

Riassunto: Lo scopo dello studio era quello di determinare l'effetto di un programma di integrazione alimentare ben definito sul progresso naturale della coronaropatia. Tale programma di integratori alimentari era composto da vitamine, aminoacidi, minerali e oligoelementi, oltre a una combinazione di sostanze nutritive essenziali brevettate per l'uso nella prevenzione e nel regresso delle malattie cardiovascolari. Lo studio era inteso quale potenziale intervento prima-dopo in un trial di 12 mesi che aveva arruolato 55 pazienti ambulatoriali di età compresa tra i 44 e i 67 anni con cardiopatia coronarica a vari livelli. Le modificazioni del processo di calcificazione delle arterie coronarie prima e durante l'impiego degli integratori alimentari venivano registrate con la tomografia computerizzata ultraveloce (TC ultraveloce). Il tasso di progressione naturale della calcificazione delle arterie coronarie prima della terapia con gli integratori corrispondeva ad una media annua del 44%. Il processo di calcificazione delle arterie coronarie regrediva di circa il 15% nel corso di un anno di integrazione alimentare. In un sottogruppo di pazienti con stadi precoci di malattia delle arterie coronarie si è verificata una riduzione statisticamente significativa e non si è osservato alcun progresso nella calcificazione coronarica. In singoli casi, è stato possibile registrare regresso e scomparsa di calcificazioni coronariche preesistenti. Si tratta del primo studio clinico che dà prova dell'efficacia di un programma di integrazione alimentare ben definito nell'arresto delle forme precoci di coronaropatia entro un anno. Il programma di integratori alimentari qui esaminato deve essere considerato quale approccio sicuro ed efficace nella prevenzione e terapia aggiuntiva della malattia cardiovascolare.

Parole chiave: Cardiopatia coronarica, tomografia computerizzata ultraveloce, integratori alimentari

INTRODUZIONE

Secondo l'OMS, più di 12 milioni di persone muoiono ogni anno di attacchi cardiaci, ictus e altre forme di malattia cardiovascolare¹. I costi diretti e indiretti per il trattamento della malattia cardiovascolare costituiscono la voce di spesa singola più importante nei paesi industrializzati. Nonostante il modesto successo ottenuto in alcuni paesi nella riduzione del tasso di mortalità dovuta ad attacchi cardiaci e ictus, l'epidemia cardiovascolare continua a espandersi su scala mondiale.

Le attuali interpretazioni della patogenesi della malattia cardiovascolare si concentrano su elevati fattori di rischio del plasma che danneggiano le pareti vascolari e quindi danno inizio all'aterogenesi e alla malattia cardiovascolare (2-4). Pertanto, i farmaci per la riduzione del colesterolo che modulano allo stesso tempo gli altri fattori di rischio del plasma sono diventati l'approccio terapeutico predominante nella prevenzione della malattia cardiovascolare.

Uno degli autori ha proposto in passato una nuova base scientifica relativo all'inizio dell'aterosclerosi e della malattia cardiovascolare (5,6) che si può sintetizzare nel modo seguente: la malattia cardiovascolare deriva prevalentemente da carenze croniche di vitami-

ne e di altre sostanze nutritive essenziali con determinate proprietà biochimiche quali coenzimi, agenti vettori di energia cellulare e antiossidanti (7,8). La carenza cronica di queste sostanze nutritive essenziali nelle cellule del muscolo liscio della parete endoteliale e vascolare compromette la loro funzione fisiologica. Ad esempio, la carenza cronica di ascorbato, simile ad uno scorbutto precoce, porta a scompensi morfologiche delle pareti vascolari e a microlesioni endoteliali, segni istologici caratteristici dell'aterosclerosi precoce (9-11). Di conseguenza, si sviluppano placche aterosclerotiche a causa di un meccanismo di riparazione (supercompensazione) che prevede il deposito di fattori sistemici plasmatici oltre che risposte cellulari locali a livello delle pareti vascolari (5,6). Questo meccanismo di riparazione è particolarmente intensificato nei punti di tensione emodinamica, il che spiega lo sviluppo principalmente locale delle placche aterosclerotiche nelle arterie coronarie e l'infarto miocardio quale manifestazione clinica più frequente della malattia cardiovascolare.

Studi condotti sugli animali hanno confermato questa base scientifica che ha portato alla concessione di brevetti per la combinazione dell'ascorbato con altre sostanze nutritive essenziali nella prevenzione e nel trattamento della malattia cardiovascolare (12). Sulla base di questa tecnologia brevettata, abbiamo sviluppato un programma di integrazione alimentare, che è stato

regolarmente sperimentato in questo studio su pazienti con cardiopatia coronarica.

SOGGETTI E METODOLOGIE PAZIENTI

Per lo studio sono stati arruolati 55 pazienti, 50 uomini e 5 donne, con coronaropatia documentata e confermata dalla TC ultraveloce. Il criterio di inclusione era la disponibilità a sottoporsi ad una TC ultraveloce di alta qualità in una prima visita nella struttura Heart Scan di San Francisco. All'inizio dello studio, tutti i pazienti hanno compilato un questionario dettagliato, che è stato poi aggiornato dopo sei mesi e nuovamente dopo 12 mesi. Il questionario comprendeva l'anamnesi clinica, precedenti eventi cardiaci, fattori di rischio cardiovascolari così come informazioni sullo stile di vita di ognuno. Domande specifiche riguardavano la dieta del paziente, quale ad es. una dieta rigorosamente vegetariana, composta principalmente da frutta e verdura, oppure da carne, pesce o pollame; l'apporto giornaliero di varie vitamine e di sostanze nutritive essenziali e la frequenza dell'attività fisica del paziente. I test di laboratorio disponibili documentavano una popolazione piuttosto eterogenea per livelli di colesterolo plasmatico e di trigliceridi. Circa la metà dei pazienti faceva uso di diversi tipi di medicinali, fra cui i calcio-antagonisti, i nitrati, i betabloccanti e farmaci per ridurre il tasso di colesterolo. Prima dello studio, ai pazienti è stato richiesto di non modificare le loro abitudini alimentari o il loro stile di vita ma di aggiungere semplicemente il programma di integratori alimentari. Qualsiasi modifica delle abitudini doveva essere documentata nel questionario. La fedeltà al programma di integrazione alimentare veniva controllata con i questionari, con telefonate e durante le visite di controllo.

COMPOSIZIONE E SOMMINISTRAZIONE DEL PROGRAMMA DI INTEGRAZIONE ALIMENTARE

Dosaggi giornalieri di integratori somministrati per un periodo di un anno: vitamine [vitamina C 2700 mg, vitamina E (d-asfa-tocoferolo) 600 IU, vitamina A (betacarotene) 7500 IU, vitamina B-1 (tiamina) 30 mg, vitamina B-2 (riboflavina) 30 mg, vitamina B-3 (niacina e niacinamide) 195 mg, vitamina B-5 (pantotenato) 180 mg, vitamina B-6 (piridossina) 45 mg, vitamina B-12 (cianocobalamina) 90 mcg, vitamina D (colecalfiferolo) 600 IU], minerali (calcio 150 mg, magnesio 180 mg, potassio 90 mg, fosfato 60 mg, zinco 30 mg, manganese 6 mg, rame 1500 mcg, selenio 90 mcg, cromo 45 mcg, molibdeno 18 mcg), amminoacidi (L-prolina 450 mg, L-lisina 450 mg, L-carnitina 150 mg, L-arginina 150 mg, L-cisteina 150 mg), coenzimi ed altre sostanze nutritive (acido folico 390 mcg, biotina 300 mcg, inositolo 150 mg,

coenzima Q-10 30 mg, picnogenolo 30 mg, e bioflavonoidi degli agrumi 450 mg). Per ulteriori informazioni, consultate il sito internet: www.drath.com

CONTROLLO DELLA MALATTIA DELLE ARTERIE CORONARIE

L'entità della calcificazione coronarica è stata misurata con metodiche non invasive utilizzando un apparecchio per TC ultraveloce, Imatron C-100 in modalità volume ad alta risoluzione con un periodo di esposizione di 100 millisecondi. È stata attivata la funzione ECG in modo tale che ciascuna immagine fosse ottenuta nella stessa fase diastolica, corrispondente all'80% dell'intervallo RR. Con ciascuna scansione, si sono ottenute 30 immagini consecutive ad intervalli di 3 mm cominciando 1 cm al di sotto della carena e procedendo in direzione caudale per l'intera lunghezza delle arterie coronarie. Le analisi tomografiche all'inizio dello studio e dopo 6 e 12 mesi prevedevano una seconda sequenza di 30 immagini ad intervalli di 3 mm sull'intera superficie del cuore. Le 30 immagini della seconda indagine sono state ottenute fra gli intervalli di 3 mm della prima ottenendo in tal modo una veduta a un intervallo di 1,5 mm. L'esposizione totale alle radiazioni con questa tecnica è stata pari a <1rad per paziente (<0,01Gy).

La soglia è stata impostata a 130 unità Hounsfield (UH) per identificare le lesioni calcificate. La superficie minima per distinguere le lesioni calcificate rilevate dalla TC era di 0,68 mm². La misura della lesione, denominata anche valore CAS (Coronary Artery Scanning), è stata calcolata moltiplicando la zona delle lesioni per un fattore di densità derivato dai massimi valori di UH all'interno di questa area (13). Il fattore di densità è stato assegnato nel modo seguente: 1 per lesioni con densità massima di 130-199 UH, 2 per lesioni con 200-299 UH, 3 per lesioni con 300-399 UH e 4 per lesioni con valori > 400 UH. Le aree di calcio complessive e i valori CAS di ciascuna TC ultraveloce sono stati determinati sommando le singole aree con lesioni dall'arteria coronaria principale sinistra, discendente anteriore sinistra, circonflessa e arteria destra.

Vari studi hanno dato conferma di un'eccellente correlazione fra l'entità della malattia delle arterie coronarie come da analisi con TC ultraveloce e i metodi angiografici ed istomorfometrici (13-15). Considerata la precisione e l'approccio non invasivo della TC ultraveloce, è stato questo il metodo di elezione per uno studio che analizzasse stadi precoci ed asintomatici di malattia delle arterie coronarie.

Analisi statistica

Il tasso di crescita delle calcificazioni coronarie è stato calcolato come quoziente delle differenze nelle

Analisi statistica

Tabella 1: dati relativi ai partecipanti allo studio clinico, ricavati dal protocollo distribuito ai pazienti all'inizio dello studio.

	Tutti i pazienti (n=55)		Pazienti con aterosclerosi iniziale (n=21)	
Età:	40-49	5 (9%)	4	(8%)
	50-59	24 (44%)	8	(40%)
	60-69	26 (47%)	9	(52%)
Fumatore (al momento dello studio)	4	(7%)	1	(5%)
Fumatore (in passato)	36	(65%)	12	(57%)
Diabetico	4	(7%)	0	(0%)
Disfunzione della tiroide	3	(5%)	1	(5%)
Infarto (in precedenza)	5	(9%)	0	(0%)
Angioplastica, catetere a pallone (prima)	2	(4%)	1	(5%)
Utilizzo di medicinali (al momento dello studio)	27	(49%)	7	(33%)
Utilizzo di vitamine (prima)	36	(65%)	15	(71%)

aree di calcificazione o nei valori CAS fra due scansioni tomografiche effettuate ad intervalli di mesi come da formula rispettivamente (Area2-Area1):(Data2-Data1), oppure (valore CAS2-valore CAS1):(Data2-Data1). I dati sono stati analizzati utilizzando formule standard per la media, i valori mediani e l'errore standard medio (SEM). Il coefficiente di correlazione di Pearson è stato impiegato per determinare l'associazione fra le variabili continue. È stato inoltre impiegato un test t Student ad una coda per analizzare le differenze fra i valori medi, con un livello di significatività <0,5. La previsione sul progresso della calcificazione è stata effettuata tramite estrapolazione lineare. La distribuzione del tasso di crescita dei valori CAS era descritta da una curva risultante da un'interpolazione polinomiale di terzo grado ($y=a + bx^3$, dove $a = 0,9352959$, $b = 8,8235 \times 10^{-5}$).

RISULTATI

Lo scopo di questo studio è stato quello di determinare l'effetto di un programma di integrazione alimentare ben definito sul progresso naturale di calcificazione delle arterie coronarie, in particolare allo stadio iniziale come da misurazione con TC ultraveloce. Abbiamo pertanto valutato i risultati dell'intero gruppo di studio ($n = 55$) e di un sottogruppo di 21 pazienti con calcificazione precoce dell'arteria coronaria, ossia con valore CAS <100.

La tabella 2 elenca separatamente le caratteristiche della popolazione dello studio valutata mediante questionario per tutti i pazienti e per un sottogruppo con coronaropatia precoce.

Si tratta del primo studio prospettico effettuato impiegando la tecnologia TC ultraveloce Imatron.

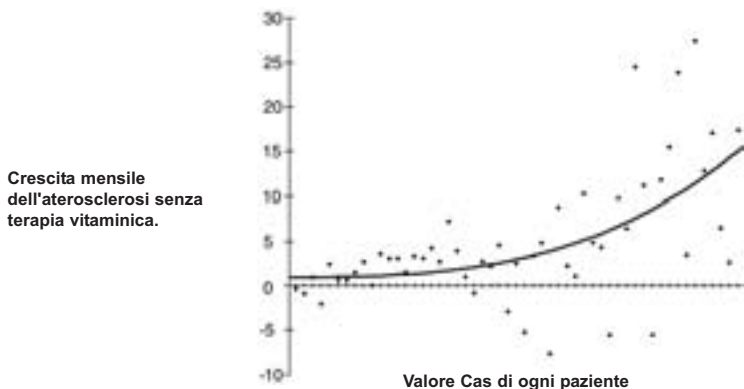
Uno dei primi intenti dello studio era quello di determinare il tasso di progressione naturale dei depositi di calcio coronarici in situ, senza l'intervento degli integratori alimentari. La figura 1 mostra la distribuzione dello sviluppo mensile delle calcificazioni nelle arterie coronarie di tutti e 55 i pazienti in rapporto al loro valore CAS all'inizio dello studio.

Abbiamo scoperto che quanto più alto era il valore CAS iniziale, senza integratori, più veloce era lo sviluppo della calcificazione. Di conseguenza, il tasso di crescita medio mensile delle calcificazioni coronariche variava da un valore CAS di 1 al mese in pazienti con cardiopatia coronarica precoce a più di 15 al mese in pazienti con stadi avanzati di calcificazioni coronariche. Il modello di sviluppo delle calcificazioni coronariche può essere descritto come un aggiustamento della curva di interpolazione polinomiale di terzo grado. La forma esponenziale di questa curva indica una prima quantificazione della natura aggressiva dell'aterosclerosi coronarica e sottolinea l'importanza di un intervento precoce.

Le variazioni del tasso di progressione naturale della calcificazione delle arterie coronariche prima del programma di integrazione alimentare (-NS) e dopo un anno di cura con il programma (+NS) sono illustrate nella figura 2. I risultati sono presentati separatamente per la zona calcificata e per il valore CAS.

Come illustrato nella figura 2a, la crescita media mensile delle zone calcificate per tutti i 55 pazienti diminuiva da 1,24 mm²/mese (SEM +/- 0,3) prima del programma di integrazione alimentare (-NS) a 1,05 mm²/mese (+/- 0,2) dopo un anno di cura con il programma (+NS). Nei pazienti con coronaropatia precoce (Figura 2b), la crescita media mensile delle zone calcificate diminuiva da 0,49 mm²/mese (+/- 0,16)

Figura/schema 1. distribuzione dello sviluppo mensile delle calcificazioni nelle arterie coronarie di tutti i 55 pazienti in rapporto al loro valore CAS all'inizio dello studio (ogni punto rappresenta un paziente).



prima dell'assunzione degli integratori alimentari (-NS) a 0,28 mm²/mese (+/- 0,09) dopo un anno di cura con il programma (+NS).

Come mostra la figura 2c le variazioni medie mensili del valore CAS totale (area calcificata X densità di depositi di calcio) per tutti i 55 pazienti erano diminuite dell'11% dopo un anno di cura con il programma di integrazione alimentare, da un valore CAS di 4,8/mese (SEM +/-0,97) prima del programma (-NS) a un valore CAS di 4,27/mese(+/- 0,87) (+NS). In pazienti con coronaropatia precoce delle arterie coronarie (Figura 2d) la crescita mensile media del valore CAS totale diminuiva nello stesso periodo del 65%, da un valore CAS di 1,85/mese (+/-0,49) prima del programma di integrazione alimentare (-NS) a 0,65/mese (+/- 0,36) con questo programma (+NS). Il rallentamento della progressione della calcificazione coronarica durante l'assunzione degli integratori alimentari per i valori CAS di pazienti con coronaropatia precoce era molto significativa dal punto di vista statistico ($p<0,05$) (Figura 2d). Per gli altri tre set di dati, la riduzione delle calcificazioni con il programma di integrazione alimentare era evidente; tuttavia, principalmente a causa dell'ampia gamma di valori di calcificazione all'inizio dello studio che riflette diversi stadi di coronaropatia, non si sono ottenuti dati statisticamente significativi.

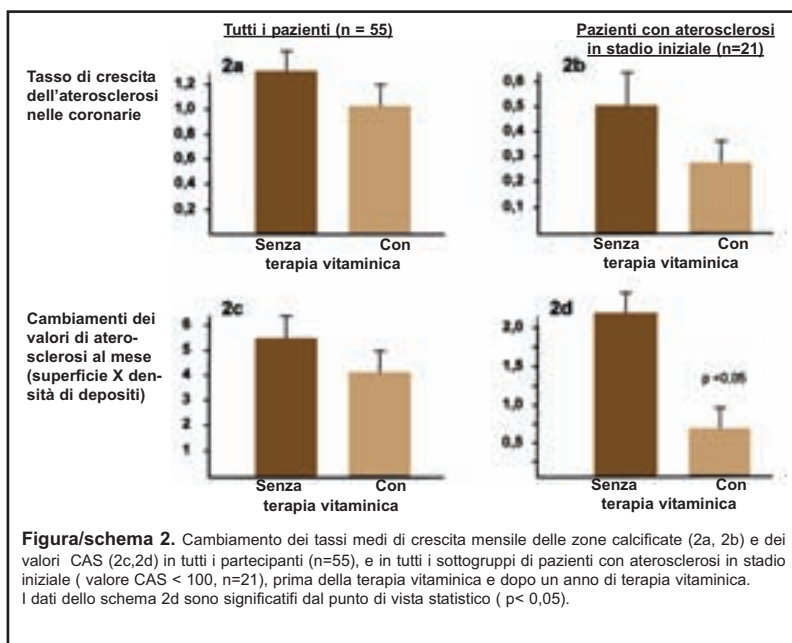
È significativo che la diminuzione dei valori CAS durante l'assunzione di integratori alimentari fosse più pronunciata rispetto alle aree calcificate. Questo indica una riduzione della densità di calcio in aggiunta alla riduzione dell'area di depositi di calcio durante l'integrazione alimentare.

I rilevamenti della TC ultraveloce all'inizio dello studio e dopo 12 mesi di cura con il programma di integrazione alimentare sono stati integrati da un'analisi di controllo dopo 6 mesi, in modo da avere un'idea precisa del tempo necessario agli integratori alimentari per esercitare il loro effetto terapeutico. Questa ulteriore analisi è risultata particolarmente importante per le forme precoci di coronaropatia perché qualsiasi approccio terapeutico in grado di arrestare il processo di calcificazione coronarica può prevenire l'infarto miocardico.

La figura 3 mostra le aree di calcificazione coronarica media (Figura 3a) e i valori CAS totali (Figura 3b) per pazienti con coronaropatia precoce misurata durante varie sedute di analisi prima e durante lo studio. I valori reali della calcificazione coronarica e quelli di CAS totali durante l'uso degli integratori alimentari sono paragonabili ai valori previsti ottenuti da un'estrapolazione lineare del tasso di crescita senza programma di integrazione alimentare. Le lettere dalla A alla D marcano i diversi punti che indicano i periodi in cui sono state eseguite le tomografie ultraveloci. AB rappresenta le variazioni della calcificazione coronarica prima dell'impiego degli integratori alimentari per le aree (Figura 3a) e i valori CAS (Figura 3b). Pertanto, BC rappresenta le variazioni della calcificazione durante i primi sei mesi di impiego degli integratori e CD le variazioni durante i successivi sei mesi di impiego del programma.

Il tasso di progressione calcolato per le calcificazioni coronariche senza intervento terapeutico con il programma di integrazione alimentare viene segnato con una linea punteggiata (da B a F).

Come si vede nella figura 3a, senza integratori alimentari le superfici medie di calcificazione coronari-



ca in pazienti con malattia delle arterie coronarie precoce aumentava da 17,62 mm² (+/- 1,0) al punto A fino a 23,05 mm² (+/- 1,8) al punto B. Quindi, l'estensione annuale delle superfici calcificate senza impiego di integratori era valutata al 31%. A questo tasso di progressione, la superficie calcificata media raggiungerebbe 26,3 mm² dopo sei mesi (punto E) e 29,8 mm² dopo dodici mesi (punto F). L'intervento degli integratori alimentari risultava dunque in una superficie media calcificata di 25,2 mm² (+/- 2,2) dopo sei mesi e di 27,0 mm² (+/- 1,7) dopo 12 mesi, riflettendo in tal modo una riduzione del 10% rispetto al valore previsto.

Osservazioni analoghe sono state fatte per il CAS totale prima e durante il programma di integrazione alimentare. La figura 3b mostra che il valore CAS prima del programma di integrazione evidenziava un aumento annuo del 44%, da 45,8 (+/- 3,2) (punto A) a 65,9 mm² (+/- 5,2) (punto B). A questo tasso di progressione, il valore CAS totale, senza integratori alimentari, raggiungerebbe una media di 77,9 dopo sei mesi (punto E) e di 91 (punto F) dopo dodici mesi. In opposizione a questa tendenza i valori CAS reali misurati con il programma di integratori alimentari erano di 75,8 (+/- 6,2) dopo 6 mesi (punto C) e di 78,1 (+/- 5,1) dopo 12 mesi (punto D). Pertanto, il processo di calcificazione coronarica determinato dai valori

CAS totali diminuiva notevolmente durante i successivi sei mesi d'impiego degli integratori (CD). Il valore totale dopo dodici mesi di cura con gli integratori era solo del 3% più alto del valore dopo sei mesi (CD), rispetto all'aumento previsto del 17% (EF), il che significa che durante i successivi sei mesi d'impiego del programma il processo di calcificazione coronarica risultava praticamente bloccato.

La figura 4 mostra i rilevamenti con TC ultraveloce di un paziente di 51 anni con coronaropatia precoce e asintomatica. La prima tomografia del paziente fu eseguita nel 1993 nell'ambito di un normale controllo di routine annuale. La tomografia rivelò piccole calcificazioni nell'arteria coronaria discendente anteriore sinistra e nell'arteria coronaria destra. La seconda TC fu eseguita un anno dopo quando i depositi di calcio iniziale erano ulteriormente aumentati. La figura 4a mostra due immagini tomografiche del periodo precedente l'applicazione del programma di integratori.

In seguito, il paziente ha cominciato il programma di integratori alimentari. Dopo circa un anno, il paziente si è sottoposto ad una nuova analisi di controllo. Non si trovò alcuna calcificazione coronarica (Figura 4b), il che indica il regresso naturale della coronaropatia.

DISCUSSIONE

Questo è il primo studio che fornisce dati quantificabili dei rilevamenti in situ relativi al tasso di progressione naturale della coronaropatia. Sebbene le placche aterosclerotiche abbiano una composizione istomorfologica piuttosto complessa, è stato dimostrato che la dispersione del calcio all'interno di queste placche è un eccellente marcatore del loro sviluppo (11,13). Il nostro studio ha determinato che le superfici calcificate delle pareti vascolari si espandono a un tasso compreso tra 5 mm2 (lesioni aterosclerotiche precoci) e 40 mm2 (lesioni aterosclerotiche avanzate). Prima del programma di integrazione alimentare, l'aumento medio annuale della calcificazione coronarica totale era pari al 44% (Figura 1). Se consideriamo l'aumento esponenziale della calcificazione coronarica, è evidente che il controllo della malattia cardiovascolare deve concentrarsi su diagnosi e interventi precoci.

Oggi la valutazione diagnostica del rischio cardiovascolare individuale è in gran parte limitata alla misurazione del colesterolo plasmatico e di altri fattori di rischio che hanno poco a che fare con l'entità delle placche aterosclerotiche. Metodiche più accurate, quali l'angiografia coronarica, si limitano agli stadi avanzati e sintomatici della coronaropatia, mentre la TC ultraveloce fornisce l'opzione diagnostica utile a quantificare la coronaropatia in modo non invasivo nei primi stadi (14,15).

La scoperta più importante di questo studio è che la coronaropatia può essere efficacemente prevenuta e trattata con rimedi naturali. Questo programma di integrazione alimentare ha permesso di ridurre il progresso della coronaropatia entro il periodo di tempo relativamente breve di un anno, indipendentemente dalla gravità della malattia. L'aspetto più significativo si è riscontrato in pazienti con calcificazioni precoci in cui il programma di integrazione alimentare è stato in grado di arrestarne il progresso. In singoli casi con piccoli depositi calcificati, l'intervento degli integratori alimentari ha portato alla loro totale scomparsa (Figura 4).

Riteniamo che il programma di integrazione alimentare sperimentato in questo studio inneschi una ricostruzione della parete vascolare. La ristrutturazione della matrice vascolare è agevolata dalle varie sostanze nutritive oggetto della sperimentazione, quali ascorbato (vitamina C), piridossina (vitamina B-6), L-lisina, e L-prolina, come anche l'oligoelemento rame. L'ascorbato è essenziale per la sintesi e l'idrossilazione del collagene e altri componenti della matrice (16-18), e può essere coinvolto direttamente o indirettamente in una varietà di meccanismi regolatori all'interno della parete vascolare, dalla differenziazione cellulare alla distribuzione dei fattori di crescita (19,20). La piridossina e il rame sono fondamentali per un'adeguata formazione di legami crociati fra i componenti della matrice (8). La L-lisina e la L-prolina sono substrati importanti per la biosintesi delle proteine della matrice e contribuiscono a inibi-

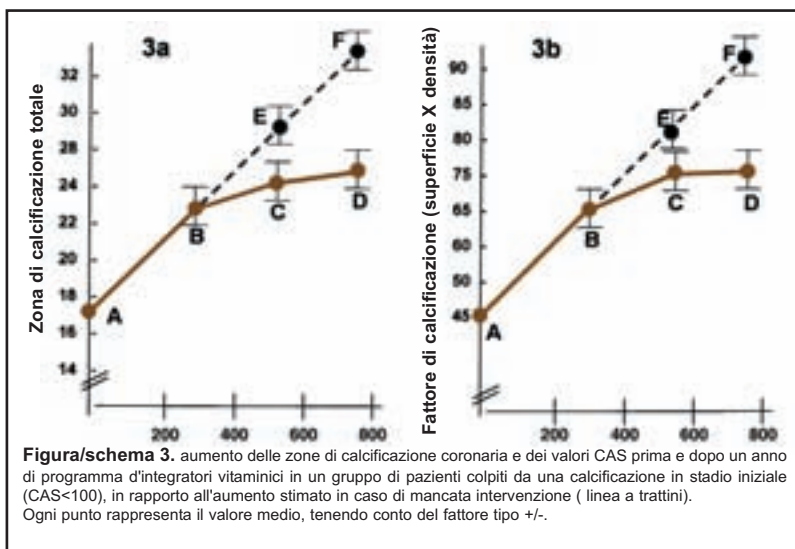
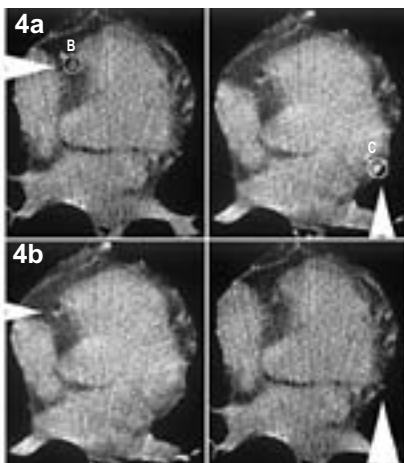


Foto 4. Riprese con TC ultraveloce del cuore di un paziente di 51 anni, uomo d'affari, colpito da malattia coronaria asintomatica (senza alcun sintomo o disturbo). La ripresa 4a (in alto) mostra le foto con Ultrafast-CT prima della terapia vitaminica.

Foto 4b (sotto) mostra le riprese TC dopo circa un anno di terapia coronaria. I depositi aterosclerotici nell'arteria coronaria destra e sinistra si riconoscono chiaramente sotto forma di placche bianche. (Queste immagini di scanner rappresentano il taglio trasversale di un cuore. Si guarda il cuore "da sotto", la zona segnata con la lettera "B" mostra quindi la sclerosi dell'arteria coronaria destra e la zona segnata con la lettera "C" indica invece i depositi nell'arteria coronaria sinistra. Dopo una somministrazione di vitamine, i depositi di queste due arterie coronarie sono completamente scomparsi. Si tratta quindi di una guarigione naturale della sclerosi coronaria grazie alle vitamine.)



re proficuamente il legame della lipoproteina(a) con la matrice vascolare, facilitando in tal modo il rilascio di lipoproteina(a) ed altre lipoproteine dalla parete vascolare (5,12,21). È stato dimostrato che l'ascorbato e il -tocoferolo inibiscono la proliferazione delle cellule del muscolo liscio vascolare (22-24). Inoltre i tocoferoli, il betacarotene, l'ascorbato, il selenio e altri antiossidanti deossidano i radicali liberi e proteggono gli elementi costitutivi del plasma e il tessuto vascolare dai danni dell'ossidazione (25,26). Inoltre, il nicotinato, la riboflavina, il pantotenato, la carnitina, il coenzima Q-10 e molti minerali e oligoelementi, fungono da cofattori cellulari sotto forma di NADH, NADPH, FADH, coenzima A e altri vettori di energia cellulare (8). I risultati di questo studio confermano che il mantenimento dell'integrità e della funzione fisiologica della parete vascolare è l'obiettivo terapeutico chiave nel controllo della malattia cardiovascolare. Questo avvalorava ulteriormente i primi reperti angiografici che rivelavano come l'integrazione di vitamina C sia in grado di arrestare il progresso dell'aterosclerosi nelle arterie femorali (27).

Queste conclusioni risultano ancora più rilevanti poiché la carenza di sostanze nutritive essenziali è un problema comune (28,29). Inoltre, molti studi epidemiologici e clinici hanno già accertato i benefici delle singole sostanze nutritive nella prevenzione della malattia cardiovascolare (30-35). Rispetto all'alto dosaggio di vitamine utilizzato in taluni di questi studi, la quantità di sostanze nutritive utilizzata in questo studio è piuttosto moderata, il che indica l'effetto sinergico di questo programma.

In questo contesto, sembra adeguato rivedere con spirito critico alcuni degli approcci usati recentemente

te nella prevenzione primaria e secondaria della malattia cardiovascolare, fra cui l'ampio uso di farmaci riduttori del tasso di colesterolo. Uno studio prospettico con lovastatina fu eseguito in un gruppo altamente selezionato di pazienti iperlipidemici, che rappresentavano solo una frazione ristretta di una popolazione normale (36). Più recentemente, la riduzione degli infarti miocardici e altri problemi cardiaci in pazienti che assumevano simvastatina, hanno fatto sì che questi farmaci divenissero indicati per una somministrazione a lungo termine anche in pazienti normolipidemici (37). Tuttavia, a causa dei potenziali effetti collaterali, l'uso consigliato di questi farmaci è stato ristretto a quei pazienti con alto rischio di sviluppo a breve termine di patologie delle arterie coronarie (38).

Allo stesso modo, meritano un'analisi approfondita anche alcuni approcci naturali alla prevenzione della malattia cardiovascolare. Si sostiene che un rigoroso programma alimentare e di esercizio fisico sia in grado di attenuare la coronaropatia (39). Tuttavia, lo studio pubblicato non fornisce le prove sostanziali del regresso dell'aterosclerosi coronarica. Pertanto, i miglioramenti nella perfusione miocardica evidenziati in quello studio erano probabilmente il risultato del programma di esercizio fisico, che porta ad un aumento della frazione di espulsione ventricolare e della pressione della perfusione coronarica.

Considerato l'urgente bisogno di misure sanitarie efficaci e sicure per il controllo della malattia cardiovascolare, la validità di questo studio risulta particolarmente importante. Alla luce di questo, sono parti-

colaramente degni di nota gli elementi dello studio elencati di seguito:

1. I pazienti di questo studio hanno agito da auto-controllori prima e durante la somministrazione degli integratori alimentari, minimizzando in tal modo le co-variabili indesiderate quali età, sesso, predisposizioni genetiche, regime alimentare o farmaci.

2. La TC ultraveloce è ampiamente accettata per la valutazione del grado di aterosclerosi coronarica, ed ha permesso la quantificazione di placche aterosclerotiche coronariche in situ¹³⁻¹⁵. Questa tecnica diagnostica è anche in grado di minimizzare gli errori che si verificano negli studi angiografici in cui il vasospasmo, la formazione o la lisi di trombi ed altri eventi non possono essere distinti dal progresso o regresso delle placche aterosclerotiche. Inoltre, la TC ultraveloce fornisce informazioni preziose sui cambiamenti morfologici durante il progresso e il regresso delle placche aterosclerotiche, quantificando non solo l'area di calcificazioni coronariche ma anche la loro densità. Per di più, le misurazioni con TC automatica delle calcificazioni coronariche eliminano i possibili errori umani nella valutazione dei dati.

In breve, i risultati di questo studio implicano che la cardiopatia coronarica è una condizione prevenibile ed essenzialmente reversibile. Lo studio testimonia che la malattia delle arterie coronarie potrebbe essere arrestata sin dall'inizio seguendo il programma di integratori alimentari. Questi risultati sono stati raggiunti nel giro di un anno, il che suggerisce che ulteriori vantaggi terapeutici in pazienti con coronaropatia potranno essere ottenuti attraverso un impiego più ampio del programma. Al momento si sta continuando lo studio proprio per verificare questi effetti. Il programma di integratori alimentari costituisce un approccio sicuro ed efficace per la prevenzione e la terapia aggiuntiva della malattia cardiovascolare. Lo studio dovrebbe spingere i decisori politici in materia di sanità e gli addetti del settore sanitario a ridefinire le strategie per il controllo della malattia cardiovascolare.

RINGRAZIAMENTI

Ringraziamo Jeffrey Kamradt per il contributo al coordinamento dello studio, Douglas Boyd Ph.D., Lew Meyer, Ph.D. della Imatron/HeartScan di San Francisco, per il contributo alla progettazione dello studio e l'offerta di impiego della struttura HeartScan, Lauranne Cox, Susan Brody e Tom Caruso per la loro collaborazione nelle ecocardiografie. Ringraziamo inoltre i dottori Roger Barth e Bernard Murphy per l'assistenza alla progettazione dello studio e Martha Best per la sua assistenza segretariale.

Bibliografia

1. World Health Statistics, Organizzazione mondiale della sanità (OMS), Ginevra, 1994.
2. Brown MS, Goldstein JL. How LDL receptors influence cholesterol and atherosclerosis (Come i recettori LDL influenzano il colesterolo e l'aterosclerosi). *Scientific American* 1984;251:58-66.
3. Steinberg D, Parthasarathy S, Carew TE, Witztum JL. Modifications of low-density lipoprotein that increase its atherogenicity (Modificazioni della lipoproteina a bassa densità che aumentano la sua aterogenicità). *N Engl J Med.* 1989;320:915-924.
4. Ross R. The pathogenesis of atherosclerosis-an update (La patogenesi dell'aterosclerosi: un aggiornamento). *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 (Una teoria unificata della malattia cardiovascolare umana verso l'eliminazione di questa malattia come causa di mortalità nell'uomo). *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 (La soluzione all'enigma della malattia cardiovascolare nell'uomo: la sua causa primaria è la carenza di ascorbato che porta al deposito della lipoproteina(a) e del fibrinogeno/fibrina nella parete vascolare). *J Ortho Med.* 1991;6:125-134.
7. Rath M. Reducing the risk for cardiovascular disease with nutritional supplements (Riduzione del rischio di malattia cardiovascolare mediante integratori alimentari). *J Ortho Med* 1992;3:1-6.
8. Stryer L. *Biochemistry* (Biochimica), 3rd ed. New York: W.H. Freeman and Company; 1988.
9. Stary HC. Evolution and progression of atherosclerotic lesions in coronary arteries of children and young adults (Evoluzione e progressione delle lesioni aterosclerotiche nelle arterie coronarie dei bambini e dei giovani). *Atherosclerosis (Suppl.)* 1989;9:1-19-1-32.
10. Constantinides P. The role of arterial wall injury in atherogenesis and arterial thrombogenesis (Il ruolo del danno alla parete arteriosa nell'aterogenesi e

- nella trombogenesi arteriosa). Zentralbl allg Pathol pathol Anat. 1989;135:517-530
11. Stolman JM, Goldman HM, Gould BS. Ascorbic acid in blood vessels (L'acido ascorbico nei vasi sanguigni). Arch Pathol. 1961;72:59-68
 12. US Patent #5,278,189 (Brevetto USA #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 (Il calcio coronarico rilevato dalla Tomografia computerizzata ultraveloce riflette l'estensione dell'aterosclerosi delle arterie coronarie rilevata dall'angiografia). Am J Cardiology. 1994;74:1272-1274.
 14. Budoff MJ, Georgiou D, Brody A, et al. Ultrafast computed tomography as a diagnostic modality in the detection of coronary artery disease (La tomografia computerizzata ultraveloce come modalità diagnostica nel rilevamento della coronaropatia). Circulation. 1996; 93:898-904.
 15. Mautner SI, Mautner GC, Froehlich J, et al. Coronary artery disease: prediction with in vitro electron beam (La coronaropatia: predizione mediante tomografia computerizzata con raggio elettronico 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 (Regolazione della sintesi del collagene mediante acido ascorbico). 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 (L'effetto dell'acido ascorbico sulla natura e la produzione di collagene ed elastina nelle cellule muscolari lisce dei ratti). 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 (Modificazioni dei componenti della matrice extracellulare e delle proprietà di crescita delle cellule muscolari lisce della parete aortica nelle colture in seguito a somministrazione di ascorbato). J Cell Biol. 1982;92:462-470.
 19. Francheschi RT. The role of ascorbic acid in mesenchymal differentiation (Il ruolo dell'acido ascorbico nella differenziazione mesenchimale). 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 (Differenziazione in vitro dei condrociti embrionali del topo: la necessità dell'acido ascorbico). 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 (Interazione fra apolipoproteina(a) e le lipoproteine contenenti l'apolipoproteina B). J Biol Chem. 1991; 226:5480-5485.
 22. Boscoboinik D, Szweczyk A, Hensley C, Azzi A. Inhibition of cell proliferation by -tocopherol. Role of protein kinase C (Inibizione della proliferazione cellulare mediante -tocoferolo. Il ruolo della proteinchinasi 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 (Effetti diretti e mediati dalla matrice extracellulare dell'ascorbato sulla proliferazione delle cellule muscolari lisce). 24th AAA (Age) and 9th Am Coll Clin Gerontol Meeting, Washington DC, 1994; Ott.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 (La combinazione di vitamina C ed E altera la risposta al danno provocato dal palloncino coronarico nel maiale). 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. Antirather than prooxidant activity of vitamin C in the presence of transition metal ions (Il/i prodotto/i dell'ossidazione dell'acido ascorbico protegge/ono la lipoproteina a bassa densità umana dalla modificazione aterogena. Attività antiossidante piuttosto che proossidante della vitamina C in presenza di ioni metallici di transizione). J Biol Chem. 1993;268:1304-1309.

26. Sies H, Stahl W. Vitamins E and C, -carotene and other carotenoids as antioxidants (Vitamine E e C, -carotene e altri carotenoidi come antiossidanti). *Am J Clin Nutr.* 1995;62 (Suppl): 1315S-1321S.
27. Willis GC, Light AW, Gow WS. Serial arteriography in atherosclerosis (Arteriografia seriale nell'aterosclerosi). *Can Med Ass J.* 1954;71:562-568.
28. Levine M, Contry-Caritilena C, Wang Y, et al. Vitamin C pharmacokinetics in healthy volunteers: Evidence for a recommended daily allowance (Farmacocinetica della vitamina C in volontari sani: prove a favore di una dose giornaliera raccomandata). *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 (Effetti dei supplementi di vitamina B12, folato e vitamina B6 nelle persone anziane con concentrazioni sieriche di vitamina normali). *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 (Assunzione di vitamina C e mortalità in un campione di popolazione statunitense). *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 (Rischio di angina e concentrazioni plasmatiche di vitamina A, C, E e carotene). *The Lancet.* 1991;337:1-5.
32. Hodis HN, Mack WJ, LaBree L, et al. Serial coronary angiographic evidence that antioxidant vitamin intake reduces progression of coronary artery atherosclerosis (Prove angiografiche seriali delle coronarie a dimostrazione del fatto che l'assunzione di vitamina antiossidante riduce la progressione dell'aterosclerosi nelle arterie coronarie). *JAMA.* 1995; 273:1849-1854.
33. Morrison HI, Schaubel D, Desmeules M, Wigle DT. Serum folate and risk of fatal coronary heart disease (Folato sierico e rischio di coronaropatia letale). *JAMA.* 1996; 275:1893-1896.
34. Stephens NG, Parsons A, Schofield PM, et al. Randomised controlled trial of vitamin E in patients with coronary disease: Cambridge Heart Antioxidant Study (CHAOS) (Trial randomizzato controllato con vitamina E in pazienti affetti da cardiopatia: Studio CHAOS sugli antiossidanti cardiaci). *The Lancet.* 1996;347:781-786.
35. Heitzer T, Just H, Münzel T. Antioxidant vitamin C improves endothelial dysfunction in chronic smokers (La vitamina C antiossidante migliora la funzione endoteliale nei fumatori cronici). *Am Heart Assoc.* 1996;comm:6-9.
36. Brown BG, Albers JJ, Fisher LD, Schafer SM, Lin J-T, et al. Regression of coronary artery disease as a result of intensive lipid-lowering therapy in men with high levels of apolipoprotein B (La regressione della coronaropatia in seguito a terapia intensiva per l'abbassamento dei livelli di lipidi in uomini con elevati livelli di apolipoproteina 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) (Trial randomizzato sulla riduzione del colesterolo in 4444 pazienti affetti da coronaropatia: lo studio scandinavo di sopravvivenza con la simvastatina). *The Lancet* 1994;344:1383-1389.
38. Newman TB, Hulley SB. Carcinogenicity of lipid-lowering drugs (Cancerogenicità dei farmaci riduttori dei lipidi). *JAMA.* 1996;275:55-60.
39. Gould KL, Ornish D, Scherwitz L, et al. Changes in myocardial perfusion abnormalities by positron emission tomography after long-term, intense risk factor modification (Variazioni delle anomalie di perfusione miocardica mediante tomografia ad emissione di positroni in seguito a modifica del fattore di rischio intenso a lungo termine). *JAMA* 1995;274:894-901.

BIBLIOGRAPHIE

Il seguente elenco integrale di riferimenti bibliografici è stato redatto per documentare il vasto sostegno che già viene dato alla medicina nutrizionale e cellulare. Potrete trovare queste pubblicazioni nelle principali biblioteche pubbliche e nelle biblioteche delle facoltà di medicina.

- Armstrong VW, Cremer P, Eberle E, et al. (1986) The association between serum Lp(a) concentrations and angiographically assessed coronary atherosclerosis. Dependence on serum LDL-levels (L'associazione fra le concentrazioni sieriche di Lp(a) e l'aterosclerosi coronarica valutata angiograficamente. La dipendenza dai livelli sierici di LDL). *Atherosclerosis* 62: 249-257.
- Altschul R, Hoffer A, Stephen JD. (1955) Influence of nicotinic acid on serum cholesterol in man (L'influenza dell'acido nicotinico sul colesterolo serico nell'uomo). *Archives of Biochemistry and Biophysics* 54: 558-559.
- Aulinskas TH, Van der Westhuyzen DR, Coetzee GA. (1983) Ascorbate increases the number of low-density lipoprotein receptors in cultured arterial smooth muscle cells (L'ascorbato aumenta il numero di recettori della lipoproteina a bassa densità nelle cellule di colture del muscolo liscio della parete arteriosa). *Atherosclerosis* 47: 159-171.
- Avogaro P, Bon GB, Fusello M. (1983) Effect of pantethine on lipids, lipoproteins and apolipoproteins in man (L'effetto della pantentina sui lipidi, le lipoproteine e le apolipoproteine nell'uomo). *Current Therapeutic Research* 33: 488-493.
- Bates CJ, Mandal AR, Cole TJ. (1977) HDL. Cholesterol and vitamin C status (HDL. Il colesterolo e lo stato della vitamina C). *The Lancet* 31611.
- Beamish R. (1993) Vitamin E - then and now (Vitamina E: ieri e oggi). *Canadian Journal of Cardiology* 9: 29-31.
- Beisiegel U, Niendorf A, Wolf K, Reblin T, Rath M. (1990) Lipoprotein (a) in the arterial wall (La lipoproteina(a) nella parete arteriosa). *European Heart Journal* 11 (Supplement E): 174-183.
- Bendich A. (1992) Safety issues regarding the use of vitamin supplements (Problemi di sicurezza relativi ai supplementi di vitamina). *Annals of the New York Academy of Sciences* 669: 300-310.
- Berg K. (1963) A new serum type system in man - the Lp system (Un nuovo sistema serico nell'uomo: il sistema Lp). *Acta Pathologica Scandinavica* 59: 369-382.

- Blumberg A, Hanck A, Sandner G. (1983) Vitamin nutrition in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) (Somministrazione di vitamina in pazienti sottoposti a dialisi peritoneale continua in ambulatorio, CAPD). *Clinical Nephrology* 20: 244-250.
- Braunwald E, (Editor) (1992) *Heart Disease—A Textbook of Cardiovascular Medicine* (La cardiopatia. Manuale di medicina cardiovascolare). W.B. Saunders & Company, Philadelphia.
- Briggs M, Briggs M. (1972) Vitamin C requirements and oral contraceptives (Il fabbisogno di vitamina C e i contraccettivi orali). *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 (Abbassamento pronunciato dei livelli serici di lipoproteina Lp(a) nei soggetti iperlipidemici trattati con acido nicotinico). *Journal of Internal Medicine* (England) 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 (Bassi livelli di vitamina C e caroteni nel plasma dei fumatori di sigarette). *Journal of the American College of Nutrition* 5: 305-312.
- Clemetson CAB. (1989) *Vitamin C (La vitamina C)*, Volume I-III. CRC Press Inc., Florida.
- 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 (Quantificazione e localizzazione della lipoproteina(a) e B nel trapianto venoso con bypass coronarico alla seconda operazione). *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 (Associazione fra i livelli di lipoproteina LP(a), lipidi plasmatici e altre lipoproteine e la coronaropatia documentata all'angiografia). *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)

- (Supplementi di vitamina E, lipidi plasmatici e incidenza della ristenosi successivamente ad angioplastica coronarica transluminale percutanea). *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 (L'effetto ipoglicemico dell'acido ascorbico nel diabete giovanile). *International Research Communications System* 1: 41.
- Digiesi V. (1992) Mechanism of action of coenzyme Q10 in essential hypertension (Meccanismo di azione del coenzima Q10 nell'ipertensione essenziale). *Current Therapeutic Research* 51: 668-672.
- Emmert D, Irchner J. (1999) The role of vitamin E in the prevention of heart disease (Il ruolo della vitamina E nella prevenzione della cardiopatia). *Archives of Family Medicine* 8: 537-542.
- England M. (1992) Magnesium administration and dysrhythmias after cardiac surgery: A placebo controlled, doubleblind randomized trial (La somministrazione di magnesio e le disaritmie successivamente a intervento chirurgico al cuore: trial randomizzato, in doppio cieco, controllato con 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 (Assunzione di vitamina C e mortalità in un campione di popolazione statunitense). *Epidemiology* 3: 194-202.
- Ferrari R, Cucchini, and Visioli O. (1984) The metabolical effects of L-carnitine in angina pectoris (Gli effetti metabolici della L-carnitina nell'angina pectoris). *International Journal of Cardiology* 5: 213-216.
- Folkers K, Yamamura Y (a cura di) 1976,1979,1981,1984,1986) *Biomedical and clinical aspects of coenzyme Q* (Aspetti clinici e biomedici del coenzima Q). Volume 1- 5. Elsevier Science Publishers, New York.
- Folkers K, Vadhanavikit S, Mortensen SA. (1985) Biochemical rationale and myocardial tissue data on the effective therapy of cardiomyopathy with coenzyme Q10 (Razionale biochimico e dati relativi al tessuto miocardico sulla terapia efficace della cardiomiopatia con il coenzima Q-10). *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 (La lovastatina riduce i livelli del coenzima Q10 nell'essere umano). *Proceedings of the National Academy of Sciences, USA* 87: 8931-8934.
- Gaby SK, Bendich A, Singh VN, Machlin LJ (1991) *Vitamin intake and health* (Assunzione di vitamina e salute). Marcel Dekker Inc. N.Y.
- Gaddi A, Descovich GC, Nosedà 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 (Valutazione controllata di pantetina, un composto ipolipidemico naturale, in pazienti con differenti forme di iperlipoproteinemia). *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 (L'effetto riducente dei lipidi della pantetina in pazienti iperlipidemici: indagine clinica). *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 (Prevalenza dell'eccesso di lipoproteina(a) Lp(a) nella coronaropatia). *American Journal of Cardiology* 67: 1039-1045.
- Gerster H. (1991) Potential role of beta-carotene in the prevention of cardiovascular disease (Ruolo potenziale del betacarotene nella prevenzione della malattia cardiovascolare). *International Journal of Vitamin and Nutrition Research* 61: 277-291.
- Gey KF, Stähelin HB, Puska P and Evans A. (1987) Relationship of plasma level of vitamin C to mortality from ischemic heart disease (Relazione fra i livelli plasmatici di vitamina C e la mortalità dovuta a cardiopatia ischemica). 110-123. In: Burns JJ, Rivers JM, Machlin LJ (a cura di): Third conference on vitamin 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 (Correlazione inversa fra la vitamina E nel plasma e la mortalità dovuta a cardiopatia ischemica nell'epidemiologia interculturelle). *American Journal of Clinical Nutrition* 53: 326, Supplemento.
- Ghidini O, Azzurro M, Vita A, Sartori G. (1988) Evaluation of the therapeutic efficacy of L-carnitine in congestive heart failure (Valutazione dell'efficacia terapeutica dell'L-carnitina nello scompenso cardiaco congestizio). *International Journal of Clinical Pharmacology, Therapy and Toxicology* 26: 217-220.
- Ginter E. (1973) Cholesterol: Vitamin C controls its transformation into bile acids (Il colesterolo: la vitamina C controlla la sua trasformazione in acidi biliari). *Science* 179: 702.

- Ginter E. (1978) Marginal vitamin C deficiency, lipid metabolism, and atherosclerosis (Carenza marginale di vitamina C, metabolismo dei lipidi e aterosclerosi). *Lipid Research* 16: 216-220.
- Ginter E. (1991) Vitamin C deficiency, cholesterol metabolism, and atherosclerosis (Carenza di vitamina C, metabolismo del colesterolo e aterosclerosi). *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 (I livelli di lipoproteina Lp(a) si abbassano con trattamento a base di neomicina e niacina). *Atherosclerosis* 57: 293-301.
- Halliwell B, Gutteridge JMC (1985) *Free radicals in biology and medicine* (I radicali liberi in biologia e medicina). Oxford University Press, London, New York, 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 monodehydroascorbate (L'inibizione dell'attività del leucocita umano 3-idrossi-3-metilglutaril coenzima A riduttasi mediante acido ascorbico. Un effetto mediato dal radicale libero monodeidro-ascorbato). *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 (L'utilità della lipoproteina(a) serica come predittore di ristenosi in seguito ad angioplastica coronarica transluminale percutanea). *The American Journal of Cardiology* 68: 736-739.
- Hennekens, C. Vedi: Rimm EB (1993) e Stampfer (1993).
- Hermann WJ JR, Ward K, Faucett J. (1979) The effect of tocopherol on high-density lipoprotein cholesterol (L'effetto del tocoferolo sul colesterolo legato alle lipoproteine ad alta densità). *American Journal of Clinical Pathology* 72: 848-852.
- Hemilä H. (1992) Vitamin C and plasma cholesterol (La vitamina C e il colesterolo plasmatico). In: *Critical Reviews in Food Science and Nutrition* 32 (1): 33-57, CRC Press Inc., Florida.
- Hodis H, Azen S, Qian D, et. al. (1996) Effect of Supplementary Antioxidant Vitamin Intake on Carotid Arterial Wall Intima-Media Thickness in a Controlled Clinical Trial of Cholesterol Lowering (L'effetto dell'integrazione di vitamine antiossidanti sullo spessore dell'intima-media caroti-

- dea in un trial clinico controllato sulla riduzione del colesterolo). *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 (Il livello serico di Lp(a) come predittore di stenosi venosa dopo intervento chirurgico di bypass coronarico nei pazienti). *Circulation* 77: 1238-1244.
- Iseri LT. (1986) Magnesium and cardiac arrhythmias (Magnesio e aritmie cardiache). *Magnesium* 5: 111-126.
- Iseri LT, French JH. (1984) Magnesium: Nature's physiologic calcium blocker (Il magnesio: il calcio-antagonista fisiologico naturale). *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 (Acido ascorbico, HDL e colesterolo plasmatico totale nelle persone anziane). *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 (Gli effetti del coenzima Q10 sulla tolleranza di esercizio nell'angina pectoris stabile cronica). *American Journal of Cardiology* 56: 247-251.
- Koh ET (1984) Effect of Vitamin C on blood parameters of hypertensive subjects (L'effetto della vitamina C sui parametri del sangue dei soggetti ipertesi). *Oklahoma State Medical Association Journal* 77: 177-182.
- Korbut R. (1993) Effect of L-arginine on plasminogen-activator inhibitor in hypertensive patients with hypercholesterolemia (L'effetto dell'L-arginina sull'inibitore attivatore plasminogeno nei pazienti ipertesi con ipercolesterolemia). *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 (La lipoproteina Lp(a) e il rischio di infarto miocardico). *Atherosclerosis* 38: 51-61.
- Kurl S, Tuomainen TP, Laukkanen JA, et. al. (2002) Plasma vitamin C modifies the association between hypertension and risk of stroke (La vitamina C plasmatica modifica l'associazione fra ipertensione e rischio di ictus). *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 (Terapia efficace e sicura con il coenzima Q-10 nella cardiomiopatia). *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 (Aumento pronunciato della sopravvivenza dei pazienti affetti da cardiomiopatia trattati con coenzima Q-10 e terapia convenzionale). *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 [Marcati benefici con la terapia a rilascio continuo di niacina (vitamina B3) in pazienti con bassissimi livelli isolati di colesterolo ad alta densità e coronaropatia]. *The American Journal of Cardiology* 69: 1093-1085.
- Lawn RM. (1992) Lipoprotein (a) in heart disease (La lipoproteina(a) nella cardiopatia). *Scientific American*. Giugno: 54-60.
- Lehr, HA, Frei B, Arfors KE. (1994) Vitamin C prevents cigarette smoke-induced leucocyte aggregation and adhesion to endothelium in vivo (La vitamina C previene l'aggregazione dei leucociti e l'aderenza all'endotelio in vivo indotti dal fumo). *Proceedings of the National Academy of Sciences* 91: 7688-7692.
- Levine M. (1986) New concepts in the biology and biochemistry of ascorbic acid (Nuove interpretazioni dell'acido ascorbico in biologia e biochimica). *New England Journal of Medicine* 314: 892-902.
- Liu VJ, Abernathy RP. (1982) Chromium and insulin in young subjects with normal glucose tolerance (Il cromo e l'insulina nei soggetti giovani con normale tolleranza al glucosio). *American Journal of Clinical Nutrition* 25: 661-667.
- Maeda N, et. al. (2000) Aortic wall damage in mice unable to synthesize ascorbic acid (Danni alla parete dell'aorta nei topi che non sono in grado di sintetizzare l'acido ascorbico). *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 (Il trasporto nella membrana dell'acido ascorbico. Seconda conferenza sulla vitamina C). 243-252. *Annals of the New York Academy of Sciences*.
- Mather HM, et al. (1979) Hypomagnesemia in diabetes (Ipomagnesemia nel diabete). *Clinical and Chemical Acta* 95: 235-242.
- McBride PE and Davis JE. (1992) Cholesterol and cost-effectiveness implications for practice, policy, and research (Il colesterolo e le implicazioni

- costo-efficacia per la pratica, la politica e la ricerca). *Circulation* 85: 1939-1941.
- McCarron DA, Morris CD, Henry HJ and Stanton JL. (1984) Blood pressure and nutrient intake in the United States (La pressione sanguigna e l'assunzione di nutrienti negli Stati Uniti). *Science* 224: 1392-1398.
- McNair P, et al. (1978) Hypomagnesemia, a risk factor in diabetic retinopathy (Ipomagnesemia, un fattore di rischio nella retinopatia diabetica). *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 nondiabetic patients (Gli effetti della pantetina su lipidi e poliproteine nei pazienti diabetici e non diabetici con ipercolesterolemia). *Current Therapeutic Research* 36: 545-549.
- Mikami H, et al. (1990) Blood pressure response to dietary calcium intervention in humans (La risposta della pressione sanguigna all'integrazione del calcio nella dieta negli esseri umani). *American Journal of Hypertension* 3: 147-151.
- Moore TJ. (1995) *Deadly Medicine (Medicina mortale)*: Simon & Schuster, New York.
- Newman TB and Hulley SB. (1996) Carcinogenicity of lipidlowering drugs (Cancerogenicità dei farmaci riduttori dei lipidi). *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 (Effetto diretto e mediato dalla matrice extracellulare dell'ascorbato sulla proliferazione delle cellule muscolari lisce vascolari). 24th AAA (Age) and 9th American College of Clinical Gerontology Meeting Washington D.C.
- 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 (Rilevamento morfologico e quantificazione del deposito di lipoproteina(a) nelle lesioni ateromatose dell'aorta nell'uomo e nelle arterie coronarie). *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 (La combinazione di vitamina C ed E altera la risposta al danno provocato dal palloncino coronarico nel maiale). *Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology* 15: 156-165.

- Opie LH. (1979) Review: Role of carnitine in fatty acid metabolism of normal and ischemic myocardium (Recensione: il ruolo della carnitina nel metabolismo degli acidi grassi del miocardio normale e ischemico). *American Heart Journal* 97: 375-388.
- Paolisso G, et al. (1993) Pharmacologic doses of vitamin E improve insulin action in healthy subjects and in noninsulin-dependent diabetic patients (Le dosi farmacologiche di vitamina E migliorano l'azione dell'insulina nei soggetti sani e nei pazienti diabetici non insulino-dipendenti). *American Journal of Clinical Nutrition* 57: 650-656.
- Paterson JC. (1941) *Canadian Medical Association Journal* 44:114-120. Some factors in the causation of intimal hemorrhages and in the precipitation of coronary thrombi (Alcuni fattori che causano le emorragie intimali e la precipitazione dei trombi coronarici).
- Pauling L. (1986) *How to Live Longer and Feel Better* (Come vivere a lungo e sentirsi meglio). WH Freeman and Company, New York.
- Pfleger R, Scholl F. (1937) Diabetes und vitamin C (Il diabete e la vitamina C). *Wiener Archiv für Innere Medizin* 31: 219-230.
- Psaty BM, Heckbert SR, Koepsell TD, et al. (1995) The risk of myocardial infarction associated with antihypertensive drug therapies (Il rischio di infarto miocardico associato a terapie farmacologiche antiipertensive). *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 (Rilevazione e quantificazione della lipoproteina(a) nella parete arteriosa di 107 pazienti con bypass coronarico). *Arteriosclerosis* 9: 579-592.
- Rath M, Pauling L. (1990a) Hypothesis: Lipoprotein (a) is a surrogate for ascorbate (Ipotesi: la lipoproteina(a) è un surrogato dell'ascorbato). *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 (Evidenza immunologica dell'accumulo di lipoproteina(a) nella lesione aterosclerotica della cavia di laboratorio con carenze di ascorbato). *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 (Soluzione all'enigma della malattia cardiovascolare nell'uomo: la sua

- causa primaria è la carenza di ascorbato che porta al deposito di lipoproteina(a) e fibrinogeno/fibrina nella parete vascolare). *Journal of Orthomolecular Medicine* 6: 125-134.
- Rath M, Pauling L. (1991b) Apoprotein(a) is an adhesive protein (L'apoproteina(a) è una proteina adesiva). *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 (Una teoria unificata della malattia cardiovascolare umana verso l'eliminazione di questa malattia come causa di mortalità nell'uomo). *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 (La proteolisi indotta da plasmina e il ruolo di apolipoproteina(a), lisina e analoghi sintetici della lisina). *Journal of Orthomolecular Medicine* 7: 17-23.
- Rath M. (1992c) Lipoprotein-a reduction by ascorbate (Riduzione della lipoproteina-a mediante ascorbato). *Journal of Orthomolecular Medicine* 7: 81-82.
- Rath M. (1992d) Solution to the puzzle of human evolution (Soluzione all'enigma dell'evoluzione umana). *Journal of Orthomolecular Medicine* 7: 73-80.
- Rath M. (1992e) Reducing the risk for cardiovascular disease with nutritional supplements (La riduzione del rischio di malattia cardiovascolare grazie agli integratori alimentari). *Journal of Orthomolecular Medicine* 7: 153-162.
- Rath M. (1993c) A new era in medicine (Una nuova era della medicina). *Journal of Orthomolecular Medicine* 8: 134-135.
- Rath M. (1996) The Process of Eradicating Heart Disease Has Become Irreversible (Il processo di debellamento della cardiopatia è ormai irreversibile). *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 (Il programma di integratori alimentari blocca la progressione dell'aterosclerosi coronarica precoce documentata mediante tomografia computerizzata ultraveloce). *Journal of Applied Nutrition*. 48: 68-78.
- Rhoads GG, Dahlen G, Berg K, Morton NE, Dannenberg AL. (1986) Lp(a) Lipoprotein as a risk factor for myocardial infarction (Lipoproteina Lp(a)

- come fattore di rischio per l'infarto miocardico). *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 (L'effetto dell'integrazione di cloruro di cromo sulla tolleranza al glucosio e i lipidi serici fra cui la lipoproteina ad alta densità negli uomini adulti). *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 (Rischio di angina pectoris e concentrazioni plasmatiche di vitamina A, C, E e carotene). *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 (Il consumo di vitamina E e il rischio di coronaropatia nell'uomo). *New England Journal of Medicine* 328: 1450-1449.
- Rivers JM. (1975) Oral contraceptives and ascorbic acid (I contraccettivi orali e l'acido ascorbico). *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 (Dosi elevate di L-carnitina nell'infarto miocardico acuto: effetti metabolici e antiaritmici). *European Heart Journal* 10: 502-508.
- Robinson K, Arheart K, Refsum H, et. al. (1998) Low circulating folate and vitamin B6 concentrations: risk factors for stroke, peripheral vascular disease, and coronary artery disease (Basse concentrazioni di circolazione di folato e vitamina B6: fattori di rischio per ictus, vasculopatia periferica e coronaropatia). *Circulation* 97(5):437-43. Erratum in: *Circulation* (1999) 99(7): 983.
- Rudolph Willi (1939) *Vitamin C und Ernährung*. 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 (Carenza di vitamina C e bassa assunzione di linoleato associato ad alta pressione: lo studio Kuopio dei fattori di rischio della cardiopatia ischemica). *Journal of Hypertension* 5 (Supplemento 5): S521-S524.
- Salonen JT, Salonen R, Seppänee K, Rinta-Kiikka S, Kuukka M, Korpela H, Alfthan G, Kantola M, Schalch W. (1991) Effects of antioxidant supple-

- mentation on platelet function: a randomized pair-matched, placebo-controlled, doubleblind trial in men with low antioxidant status (Gli effetti dell'integrazione di antiossidanti sulla funzione piastrinica: trial randomizzato a gruppi in parallelo, controllato con placebo, in doppio cieco su uomini con bassi livelli di antiossidanti). *American Journal of Clinical Nutrition* 53: 1222-1229.
- Sauberlich HE, Machlin LJ (Editors). (1992) *Beyond deficiency: New views on the function and health effects of vitamins* (Oltre la carenza: nuove interpretazioni della funzione e degli effetti salutari delle vitamine). *Annals of the New York Academy of Sciences* v. 669.
- Shimon I, Almog S, Vered Z, et.al. (1995) Improved left ventricular function after thiamine supplementation in patients with congestive heart failure receiving long-term furosemide therapy (Migliore funzione ventricolare sinistra dopo l'integrazione di tiamina nei pazienti con scompenso cardiaco congestizio che ricevono terapia con furosemide a lungo termine). *American Journal of Medicine* 98: 5
- Smith HA, Jones TC. (1958). *Veterinary Pathology* (Patologia veterinaria).
- Sokoloff B, Hori M, Saelhof CC, Wrzolek T, Imai T. (1966) Aging, atherosclerosis and ascorbic acid metabolism (L'invecchiamento, l'aterosclerosi e il metabolismo dell'acido ascorbico). *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 (Metabolismo dell'acido ascorbico nel diabete mellito). *Metabolism* 30: 572-577.
- Spittle CR (1971) Atherosclerosis and Vitamin C (Aterosclerosi e vitamina C). *Lancet* 2:1280-1.
- Stampfer MJ, Hennekens CH, et.al. (1993) Vitamin E consumption and the risk of coronary disease in women (Consumo di vitamina E e rischio di coronaropatia nelle donne). *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 (Concentrazioni plasmatiche di ascorbato e trasporto del deidroascorbato nelle cellule del sangue in pazienti con diabete mellito). *Metabolism* 33: 347-353.
- Stephens NG, Parsons A, Schofield PM, et al. (1996) Randomized controlled trial of vitamin E in patients with coronary disease: Cambridge Heart Antioxidant Study (CHAOS) (Trial randomizzato controllato con vitami-

- na E in pazienti affetti da cardiopatia: Studio CHAOS sugli antiossidanti cardiaci). *Lancet* 347: 781-6.
- Stepp W, Schroeder H, Altenburger E. (1935) Vitamin C und Blutzucker. *Klinische Wochenschrift* 14 [26]: 933-934.
- Stryer L. (1988) *Biochemistry*. 3rd edition (Biochimica. 3a edizione). W.H. Freeman and Company New York.
- Tarry WC. (1994) L-arginine improves endothelium-dependent vasorelaxation and reduces initial hyperplasia after balloon angioplasty (La L-arginina migliora il vasorilassamento endotelio-dipendente e riduce l'iperplasia iniziale in seguito ad angioplastica con palloncino). *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 (Il ruolo del magnesio nella riduzione della mortalità nell'infarto miocardico acuto: un'analisi delle prove). *Drugs* 46[3]: 347-359.
- Thomsen JH, Shug AL, Yap VU, et.al. Improved pacing tolerance of the ischemic human myocardium after administration of carnitine (Migliore tolleranza al pacing del miocardio ischemico umano dopo somministrazione di carnitina). *American Journal of Cardiology* 43: 300-306.
- Toufexis A. (1992) The New Scoop on Vitamins (Il nuovo scoop sulle vitamine). *Time* 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 (La carenza di magnesio provoca spasmi delle arterie coronarie: correlazione con l'eziologia della cardiopatia ischemica come causa di morte improvvisa). *Science* 208: 198-200.
- Virchow R. (1859) *Cellular Pathologie* (Patologia cellulare). Berlin: August Hirschwald.
- Vital Statistics of the United States (Statistiche vitali degli Stati Uniti), US Department of Health and Human Services, National Center for Health Statistics, 1994.
- Widman L, et.al. (1993) The dose-dependent reduction in blood pressure through administration of magnesium. A double blind placebo-controlled cross-over study (La riduzione dose-dipendente della pressione mediante somministrazione di magnesio. Uno studio incrociato in doppio cieco controllato con placebo). *American Journal of Hypertension* 6(1):161-165
- Willis GC, Light AW, Gow WS. (1954) Serial arteriography in atherosclerosis (Arteriografia seriale nell'aterosclerosi). *Canadian Medical Association Journal* 71: 562-568.

World Health Statistics (Statistiche sulla salute mondiale), Organizzazione mondiale della sanità (OMS), Ginevra, 1994.

Yokoyama T, Date C, Kokubo Y, et. al. (2000) Serum vitamin C concentration was inversely associated with subsequent 20-year incidence of stroke in a Japanese rural community (La concentrazione serica di vitamina C è stata inversamente associata alla successiva incidenza a 20 anni dell'ictus in una comunità rurale giapponese). The Shibata Study. Stroke 31(10): 2287-94.

Zenker G, Koeltringer P, Bone G, Kiederkorn K, Pfeiffer K, Jürgens G. (1986) Lipoprotein (a) as a Strong Indicator for Cardiovascular Disease (La lipoproteina(a) come forte indicatore di malattia cardiovascolare). Stroke 17: 942-945.

Visitate il sito web internazionale leader nell'ambito della medicina naturale per conoscere le più recenti informazioni sulla ricerca vitaminica e il modo d'azione della Medicina Cellulare nella cura delle malattie cardiovascolari e di altri problemi di salute:

www.drrathresearch.org

Visitate il sito web internazionale leader nell'ambito della battaglia per il libero accesso alle medicine naturali per sapere cosa potete fare per contribuire a sviluppare in tutto il mondo un nuovo sistema sanitario orientato al paziente:

www.dr-rath-foundation.org

Visitate il sito web MR Publishing per avere informazioni su altri libri e mezzi di informazione su questi argomenti:

www.rath-eduserv.com

Ulteriori informazioni sono inoltre disponibili presso:

Dr. Rath Education Services B.V.
casella postale 656,
6400 AR Heerlen, Paesi Bassi, Olanda
Tel. : +31- 457 111 222
Fax : +31- 457 111 229
E-Mail : info@rath-eduserv.com
Internet: www.rath-eduserv.com



Il Dr. Matthias Rath insieme con il suo amico Dr. Linus Pauling, vincitore del premio Nobel, poco prima della sua morte nel 1994

Il Dr. Linus Pauling, due volte vincitore del premio Nobel, ha detto al Dr. Rath poco prima della sua morte: "Un giorno si scateneranno guerre al solo scopo di impedire che la scoperta innovativa da te introdotta possa diffondersi in tutto il mondo. Allora sarà il momento in cui dovrai far sentire la tua voce".

La guerra in Iraq ha segnato senza alcun dubbio l'inizio di questo momento. In una campagna informativa internazionale nel New York Times e altre testate, il Dr Rath ha sottolineato il fatto che i gruppi di interesse, costituiti alle spalle delle industrie farmaceutiche e petrolchimiche, si propongono di trarre il maggior guadagno da questa guerra e da ulteriori crisi internazionali. Come essere umano e in qualità di scienziato e medico, il Dr. Rath si oppone quindi a quel cartello di forze finanziarie e politiche apparentemente invincibile.

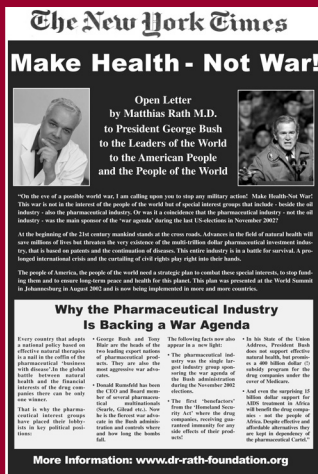
Questo libro documenta la base scientifica con la quale il Dr. Rath ha potuto compiere tale passo nell'interesse di tutta l'umanità. Da allora il Dr. Rath è diventato la voce della "coscienza del genere umano".

Questo libro indica inoltre la direzione da intraprendere per il conseguimento di un sistema sanitario efficiente e finanziariamente solido. I tempi sono maturi per un nuovo sistema sanitario che serva la popolazione e non gli azionisti delle aziende farmaceutiche. I tempi sono maturi per la realizzazione dell'obiettivo di vita del Dr. Rath:
"La salute per tutti entro il 2020".

Questo libro documenta progressi medici pionieristici in grado di debellare infarto cardiaco, apoplezia, ipertensione, debolezza cardiaca, aritmia e altre malattie endemiche.

Il Dr. Matthias Rath, scienziato e medico di fama internazionale, è l'autore della scoperta innovativa nel campo della ricerca cellulare sulle vitamine che ha contribuito a salvare milioni di vite. Oggi è possibile sconfiggere la morte causata dall'insufficienza cardiaca!

Il Dr. Linus Pauling, due volte vincitore del



I proventi derivanti dalla vendita di questo libro saranno devoluti a supporto della fondazione del Dr. Rath.