

Etude clinique pilote sur la diminution naturelle du taux de cholestérol

Documentation sur les applications réussies
des recommandations du Dr Rath pour une
meilleure Santé cellulaire

Editeur: MR Publishing B.V.



Organisation et encadrement du projet :
Matthias Rath B.V.
Service des nutritionnistes
Frank Kock (Dipl. oec. troph.)
Sabine Dieks (Dipl. oec. troph.)

Le cholestérol

Un homme et une femme sur deux, en France et dans le reste de l'Europe, ont un taux élevé de cholestérol, de triglycérides, de LDL (Low Density Lipoprotein), de lipoprotéine (a) et autres facteurs de risque dans le sang. Dans le monde, plusieurs millions de personnes en sont atteintes.

Ces facteurs sanguins sont, en règle générale, d'importance secondaire dans le développement de maladies cardiovasculaires, car le facteur de risque majeur est l'instabilité de la paroi artérielle. C'est la raison pour laquelle ces facteurs de risque qui circulent dans le sang sont, également, désignés sous le nom de " facteurs de risque secondaires ". Des taux de cholestérol trop élevés ne sont pas, comme on le pensait jusqu'ici, la cause des maladies cardiovasculaires, mais plutôt une conséquence de la maladie qui se développe.

Le cholestérol, les triglycérides, le LDL, la lipoprotéine (a) et les autres substances produites par le métabolisme sont des molécules idéales pour réparer une paroi artérielle endommagée. Si cette dernière est affaiblie par une carence chronique en vitamines, le besoin en molécules de réparation augmente pour reconstituer la paroi artérielle lésée. La " centrale " métabolique de l'organisme, le foie, reçoit un signal afin d'accroître la production de ces molécules de réparation. Le cholestérol et les autres molécules de réparation quittent, alors, le foie et vont dans les vaisseaux sanguins pour atteindre les endroits endommagés de la paroi artérielle, comme, par exemple, celle des artères coronaires. En cas de carence prolongée en vitamines et autres facteurs cellulaires, et ce sur plusieurs années, la réparation de la paroi vasculaire se poursuit continuellement et entraîne la formation de plaques d'athérome.

Plutôt que de pallier cette carence par un apport ciblé en compléments alimentaires, la médecine traditionnelle se borne à traiter les symptômes déclenchés par ces facteurs de risque secondaires. Les hypocholestérolémifiants et autres médicaments sont, encore et toujours, prescrits à des millions de personnes pour traiter leur taux de cholestérol trop élevé.

Régime alimentaire

Carence chronique en vitamines et autres compléments nutritionnels



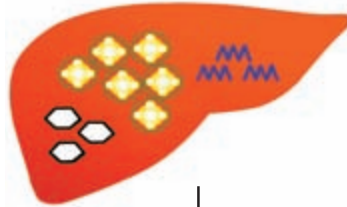
Parois artérielles

La réparation est nécessaire



L'athérosclérose se développe

Foie



Production accrue de :

Lipoprotéine

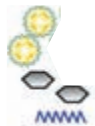
Molécules de glucose

Facteurs de coagulation



Sang

Les agents de réparation de la paroi artérielle deviennent des facteurs de risque de maladie cardiovasculaire



Les études-pilotes

Une combinaison optimale de vitamines comprend une sélection de vitamines et autres compléments alimentaires essentiels qui, d'une part, évitent une augmentation des facteurs de risque et, d'autre part, contribuent à faire baisser le taux de cholestérol trop élevé.

Le prouver est une de nos principales missions. Nous avons demandé à des médecins et thérapeutes de prendre part à cette démarche et de nous soutenir dans la réalisation d'études pilotes.

Plusieurs de celles-ci ont été menées sur des patients souffrant d'insuffisance cardiaque, d'hypertension, de diabète et autres maladies de civilisation. Conformément au protocole, toutes les observations importantes, au cours du suivi médical, ont été notées et l'évolution de la maladie, ainsi que l'influence des formules de Médecine Cellulaire, ont été documentées.

Les résultats décrits dans cette documentation reflètent l'évolution des troubles du métabolisme des graisses depuis la prise des recommandations du Dr Rath *Vitacor Plus*, *Metavit* et *VitaCforte*. Deux médecins, encadrant chacun sept patients, ont pris part à cette étude-pilote.

Nous voulons profiter de l'occasion pour les remercier, encore une fois, sincèrement de leur collaboration.

Communication des résultats de l'étude

En collaboration avec deux médecins, nous avons réalisé une étude pilote sur 14 adultes. Tous les patients souffraient de troubles du métabolisme des graisses et ont suivi les recommandations du Dr Rath pendant une période de six mois.

Après avoir pris, pendant un mois, le programme de base *Vitacor Plus*, dans le but d'améliorer le métabolisme cellulaire dans son ensemble, les participants y ont ajouté, au cours du deuxième mois, le programme vitaminé spécifique destiné à régulariser les troubles du métabolisme des lipides, *Metavit*, complété, un mois plus tard, par le complexe de vitamine C à fort dosage, *VitaCforte*.

Dans un protocole de l'étude, les médecins ont consigné les données personnelles des participants, comme l'âge, le poids, le sexe, la taille, les maladies dont ils souffraient, ainsi que les habitudes alimentaires et le mode de vie au début et à la fin de l'étude.

Pour illustrer les changements des différents paramètres, des analyses de sang ont été effectuées au début de l'étude, puis au bout de 6, 12, 18 semaines, ainsi qu'à la fin des 24 semaines de l'étude. On a recherché les taux de :

- Cholestérol total
- LDL (Low Density Lipoprotein)
- HDL (High Density Lipoprotein)
- Rapport LDL/HDL
- Triglycérides
- Lipoprotéine (a)
- Homocystéine

Durant l'étude, les patients ont pris les médicaments prescrits par leur médecin, et il a été vérifié dans quelle mesure ils devaient continuer à les prendre.

Tableau 1

Prise à partir du premier mois, 3 x par jour les quantités indiquées ci-dessous

Vitamine C de		vitamine B5	13,3 mg	Zinc	2,3 mg
- l'acide ascorbique	76,7 mg	vitamine B6	3,3 mg	Manganèse	433,3 mcg
- l'ascorbyl palmitate	56,7 mg	vitamine B12	6,7 mcg	Cuivre	110 mcg
- l'ascorbate de calcium	33,3 mg	vitamine D3	1,1 mcg	Sélénium	6,7 mcg
- l'ascorbate de magnésium	33,3 mg	Acide folique	30 mcg	Chrome	3,3 mcg
Total Vitamine C	200 mg	Biotine	21,7 mcg	Molybdène	1,3 mcg
Vitamine E	29 mg	L-proline	36,7 mg	Inositol	11,7 mg
Bétagarotène	317 mcg	L-lysine	36,7 mg	Co-enzyme Q10	2,3 mg
Vitamine B1	2,3 mg	L-carnitine	11,7 mg	Phosphore	5 mg
vitamine B2	2,3 mg	L-arginine	13,3 mg	Pycnogenol	2,3 mg
vitamine B3 de		L-cystéine	11,7 mg	Bioflavonoïdes de citrus	33,3 mg
- la niacine	3,3 mg	Calcium	11,7 mg	Vitamine E plus	
- la niacinamide	11,7 mg	Magnésium	13,3 mg	naturelle	7,3 mg
Total Vitamine B3	15 mg	Potassium	6,7 mg	Caroténoïdes naturels	16 mcg

Tableau 2

Prise complémentaire à partir du deuxième mois, 3 x par jour les quantités indiquées ci-dessous

Vitamine C de		Vitamine B2	3,3 mg	vitamine B6	3,3 mg
- l'ascorbate de calcium	166,7 mg	Vitamine B3 de		vitamine B12	10 mcg
- l'ascorbate de magnésium	166,7 mg	- la niacine	16,7 mg	Acide folique	133,3 mcg
Total Vitamine C	333,4 mg	- la niacinamide	100 mg	Biotine	33,3 mcg
Vitamine E	27,5 mg	Total Vitamine B3	116,7 mg	Bétagine	23,3 mg
Vitamine B1	3,3 mg	vitamine B5	16,7 mg	L-carnitine	33,3 mg

Tableau 3

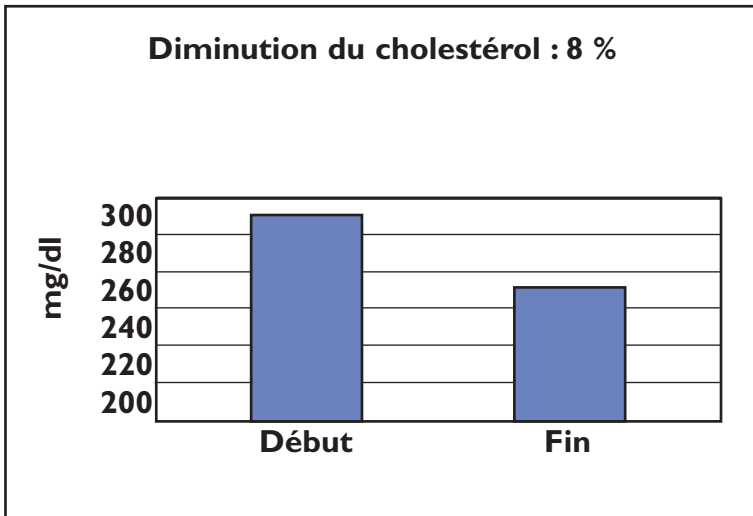
Prise complémentaire à partir du troisième mois, 3 x par jour les quantités indiquées ci-dessous

Vitamine C de	
- l'acide ascorbique	150 mg
- l'ascorbate de calcium	150 mg
- l'ascorbate de magnésium	150 mg
- l'ascorbyl palmitate	67 mg
Total Vitamine C	517 mg
Bioflavonoïdes de citrus	150 mg

Les résultats

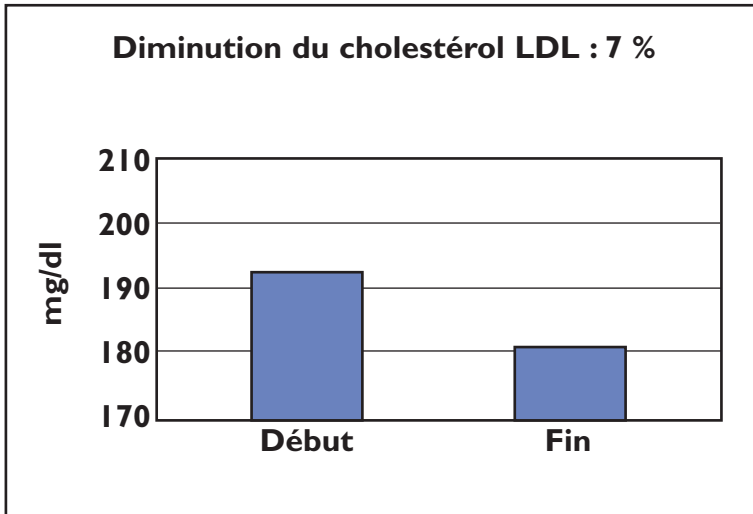
Afin de pouvoir présenter, clairement, aux lecteurs de cette documentation les résultats de notre étude, nous avons calculé les taux moyens des paramètres et les avons reproduits à l'aide de graphiques, tels qu'ils étaient au début et à la fin de l'étude.

Cholestérol total



Le taux de cholestérol correspond à la part prépondérante des graisses dans le sang. 85 à 90 % du cholestérol total est déterminé par le cholestérol LDL et HDL. Le but de cette étude était, notamment, de normaliser un taux de cholestérol trop élevé. Le résultat indique qu'une diminution peut déjà être obtenue au bout de quelques mois. Le taux de 294 mg/dl, nettement élevé au début de l'étude chez tous les patients, a diminué de 8%, pour n'être plus, à l'aide des recommandations du Dr Rath que de 271 mg/dl en moyenne.

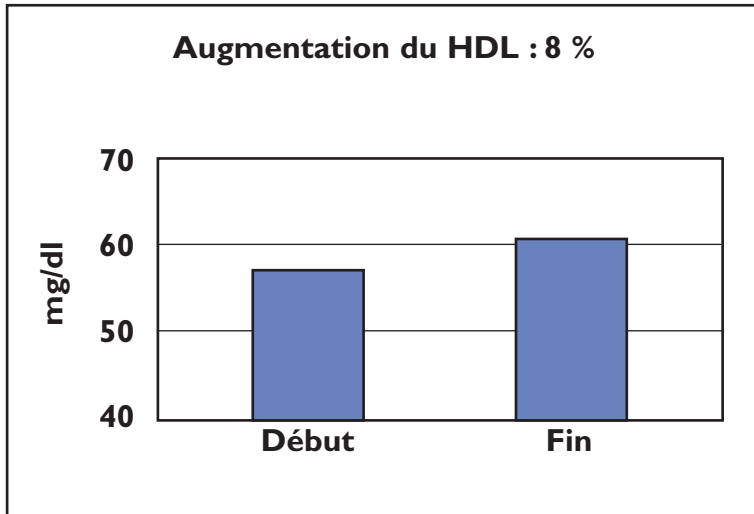
Cholestérol LDL



La plupart du cholestérol circule dans le sang sous forme de particules LDL. Le LDL est le véhicule naturel qui transporte le cholestérol du foie vers les millions de cellules de l'organisme. Des taux de LDL trop élevés sont considérés comme un facteur de risque secondaire dans l'apparition de l'athérosclérose.

Grâce aux recommandations du Dr Rath citées au début, le taux de cholestérol LDL est passé, en moyenne, de 194 mg/dl à 181 mg/dl. Ceci correspond à une réduction de 7 %.

Cholestérol HDL ("le bon cholestérol")



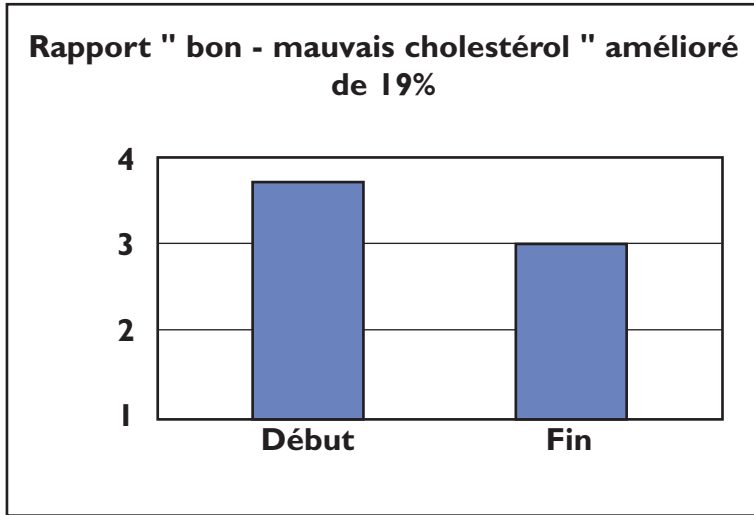
Le HDL (High Density Lipoprotein) est aussi appelé " bon cholestérol ", car il a la faculté de retirer le cholestérol, par exemple, des dépôts dans la paroi artérielle et de contrer, ainsi, l'apparition de l'athérosclérose.

La prise des recommandations du Dr Rath a permis, en même temps, de réduire le taux de LDL et d'augmenter celui de HDL.

Le taux de HDL, qui était de 56,2 mg/dl, a augmenté de 8% durant l'étude, pour atteindre 60,7 mg/dl.

Ceci signifie qu'il y a davantage de transporteurs HDL pour éliminer le cholestérol logé, par exemple, dans les dépôts de la paroi artérielle.

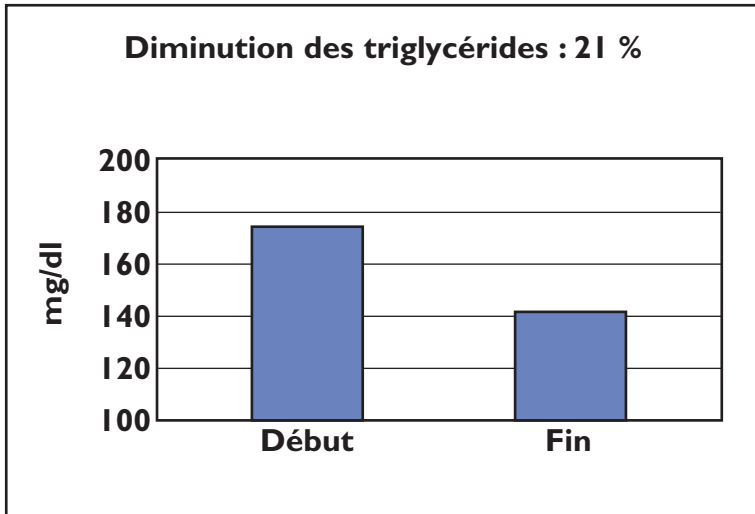
Rapport LDL/HDL



Le rapport LDL/HDL décrit le rapport entre le cholestérol LDL (le mauvais cholestérol) et le cholestérol HDL (le bon cholestérol). Un rapport élevé signifie qu'un taux de LDL élevé est associé à un taux de HDL faible. Pour protéger les artères, il est, néanmoins, essentiel de rééquilibrer ce rapport au profit du HDL.

Les recommandations du Dr Rath ont permis d'améliorer le rapport LDL/HDL de près de 20 % - de 3,7 à 3,0 - au profit du HDL. C'est un résultat difficile à atteindre avec le Lipobay ou autres statines.

Triglycérides

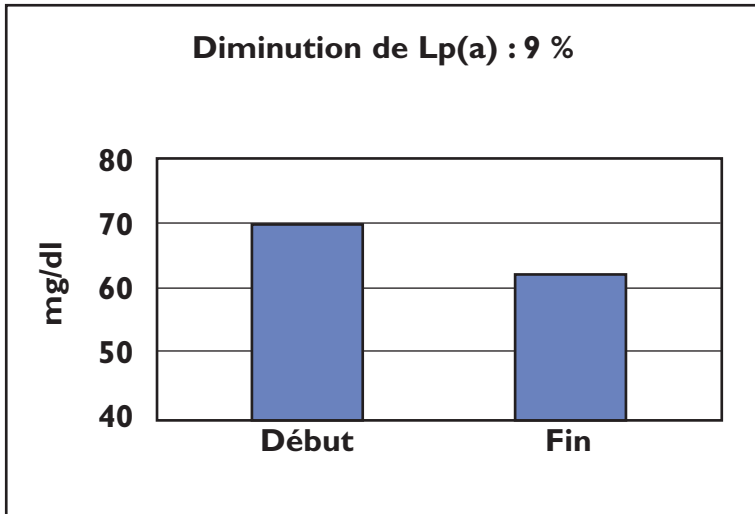


Les triglycérides constituent le deuxième grand groupe de lipides dans le sang. Ils sont, également, transportés sous forme de lipoprotéines. Ils contribuent, eux aussi, à l'apparition de l'athérosclérose.

Le " niveau normal " se situe, en règle générale, au-dessous de 100 mg/dl. Au début de l'étude, les participants présentaient un taux moyen de 177 mg/dl.

Ce taux a pu être réduit de 21%, pour n'être plus que de 141 mg/dl, au bout de six mois, grâce aux recommandations du Dr Rath.

Lipoprotéine (a)

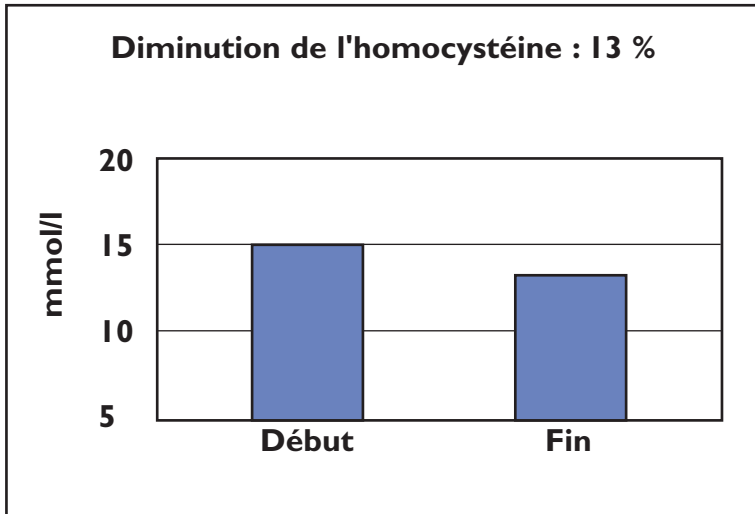


La lipoprotéine (a) est une particule de LDL entourée d'apoprotéine (a), une des protéines les plus collantes du métabolisme chez l'humain.

En raison de leur propriété adhésive, des millions de particules de Lp(a) se déposent sur les parois vasculaires, en tant que facteur de réparation en cas de carence en vitamines. Partant de là, une réduction de ce paramètre dans le sang est importante.

Au début de l'étude, le taux moyen de Lp(a) de tous les participants était de 70 mg/dl. Ce taux s'est réduit de 9%, au cours de l'étude pour atteindre 63 mg/dl.

Homocystéine



Un autre facteur de risque, que nous avons étudié, était l'homocystéine. Celle-ci est considérée, après les graisses dans le sang, comme le facteur de risque secondaire le plus important dans l'apparition des maladies cardiovasculaires. Elle endommage les parois vasculaires et augmente, ainsi, le développement de l'athérosclérose.

Tout au début de l'étude, le taux d'homocystéine était de 15,4 mmol/l (moyenne des 14 participants). Au terme de notre étude, ce taux n'était plus que de 13,4 mmol/l, soit une diminution de 13%.

Résumé

Cette étude pilote démontre que les recommandations du Dr Rath sont en mesure de réduire le risque de maladies cardiovasculaires dues au cholestérol et aux autres facteurs de risque présents dans le sang.

La vitaminothérapie ne présente pas d'effets secondaires indésirables et graves, contrairement aux différents médicaments destinés à diminuer le taux de cholestérol.

C'est pourquoi ce traitement naturel pour réduire le risque de maladies cardiovasculaires offre un avantage thérapeutique non négligeable pour les patients souffrant de troubles du métabolisme des graisses.

