

Воробьев Валерий Васильевич,
доктор технических наук, академик РАЕН, эксперт,
ФГБУ «Федеральный центр охраны здоровья животных»,
г. Владимир

**РОЛЬ ХОЛЕСТЕРИНА В ОБЕСПЕЧЕНИИ СТАБИЛЬНОГО
ЗДОРОВЬЯ И АКТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ ЧЕЛОВЕКА
ЧАСТЬ 1. ФАКТОРЫ РИСКА
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
THE ROLE OF CHOLESTEROL IN ENSURING STABLE
HEALTH AND ACTIVE HUMAN LONGEVITY
PART 1. RISK FACTORS FOR CARDIOVASCULAR DISEASES**

Аннотация: Рассмотрены основные интегративно-жизненные функции холестерина в организме человека, обеспечивающие стабилизацию здоровья и активное долголетие человека. В первой части статьи показаны проблемы эпидемии сердечно-сосудистых заболеваний в мире, занимающих лидирующее место в структуре смертности населения. Приведены данные по ишемическим болезням сердца и цереброваскулярным заболеваниям, на долю которых приходится 85% всех смертей от сердечно-сосудистых болезней. Обсуждаются основные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний: структура питания, качество и безопасность пищевой продукции, стрессы и происходящие свободно-радикальные процессы в организме человека.

Abstract: The main integrative-vital functions of cholesterol in the human body, ensuring the stabilization of human health and active longevity, are considered. The first part of the article shows the problems of the epidemic of cardiovascular diseases in the world, which occupy a leading place in the structure of population mortality. The data on coronary heart disease and cerebrovascular diseases, which account for 85% of all deaths from cardiovascular diseases, are presented. The main risk factors for cardiovascular diseases are discussed: the structure of nutrition, the quality and safety of food products, stress and free radical processes occurring in the human body.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, инсульт, инфаркт, холестерин, питание, стресс, свободные радикалы.

Keywords: cardiovascular diseases, stroke, heart attack, cholesterol, nutrition, stress, free radicals

Введение

В эпоху болезнецентрической системы здравоохранения в мире назрела необходимость в формировании новой интегративной медицины и воспитании научно-просвещённого энциклопедически образованного врача. Это поможет воплотить принцип Гиппократа «лечить не болезнь, а больного», а также создать основы превентивной медицины.

Сегодня лечение многих социально значимых болезней осуществляется без предварительно проводимых должных профилактических мер. В экономически развитых странах проблема профилактической медицины находится в тупике безысходности, как и в Российской Федерации. И об этом открыто пишут американские и европейские учёные. Причина – в отсутствии стратегической политики её реализации.

Американские врачи А. Фокс и Б. Фокс в своей работе «Иммунитет на всю жизнь. Помоги себе сам» [1], показывают сущность медицины: «**К несчастью, наша медицина – это**



не решение проблем сохранения здоровья. В нашей стране медицинская система заботится не о здоровье граждан, а только о болезнях. Болезнь – вот что стоит на первом месте.

Заболевшему человеку сразу же предписывается курс лечения. Миллионы долларов, сотни журналов и лучшие умы в стране работают на идею болезни. Студенты-медики тратят большую часть времени на изучение редких болезней и практикуются в кризисной медицине, вместо того, чтобы учиться тому, как предотвращать болезнь». В полной мере это относится и к российской системе здравоохранения.

По признанию Всемирной организация здравоохранения (ВОЗ) социально значимые хронические неинфекционные болезни являются основной причиной смертности людей почти во всех странах мира. В эту группу болезней входят сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) – ишемическая болезнь сердца, инфаркт, инсульт и его последствия; рак, хронические заболевания с нарушением функции дыхания, сахарный диабет и его осложнения [2].

На долю хронических неинфекционных заболеваний приходится 85 % смертей и 70 % бремени болезней в европейском регионе. Сердечно-сосудистые заболевания являются основными причинами смертности населения экономически развитых стран, и становятся проблемой для развивающихся стран, в том числе и для России. Смертность от онкологических заболеваний в мире на втором месте. Онкологические болезни с каждым годом «молодеют», унося миллионы жизней. По утверждению многих учёных мирового уровня до 80 % преждевременных случаев смерти от этих причин могут быть предотвращены!

По данным ВОЗ (*Ежегодный доклад ВОЗ, 2020 г.*) в табл. 1 представлена структура причин смертности населения в европейских странах, США и России.

Таблица 1.

Структура смертности по основным классам МКБ-10*, занимающим ведущие места среди причин смертности (%) при международных сопоставлениях

Классы МКБ-10	Россия	Европа	Германия	Велико-британия	Италия	Испания	Израиль	США
Болезни системы кровообращения	55,1	36,3	35,8	29,7	24,5	28,3	24,3	31,6
Злокачественные новообразования	14,5	29,0	29,5	30,8	34,1	31,3	34,1	23,3
Болезни эндокринной системы	0,5	2,6	3,3	4,0	4,2	4,8	7,4	3,1
Болезни органов дыхания	3,7	7,0	8,5	12,2	5,8	9,2	7,0	9,6
Болезни органов пищеварения	4,7	5,0	5,2	5,8	4,2	5,2	3,4	2,9
Симптомы	5,1	3,6	3,2	0,5	1,6	2,7	5,1	1,6
Внешние причины	11,5	6,1	5,0	4,7	5,4	4,7	5,3	10,9
Все причины	100	100	100	100	100	100	100	100

* Международная классификация болезней ВОЗ

Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в России в 1,5-2,3 раза выше по сравнению с европейскими странами и в 1,7 раз больше, чем в США (табл. 1). Однако смертность от злокачественных новообразований в Российской Федерации по сравнению с этими странами в 1,6-2,4 раза меньше, что обусловлено, очевидно, недостаточным



профилактическим медицинским осмотром и выборочной диспансеризацией населения, особенно, в удалённых от областных центров территориях.

Структуры здравоохранения всех стран мира и ВОЗ наиглавнейшей первопричиной сердечно-сосудистых и других заболеваний называют архи обоганный и скомпрометированный более 130 лет назад апологетами ортодоксальной медицины **холестерин**. Десятилетиями придумываются различные многочисленные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, скрывающие истинные причины. Мировая фарминдустрия ежегодно разрабатывает «новые» и выпускает синтетические «лекарственные» препараты на десятки миллиардов долларов для снижения содержания в крови «плохого» холестерина и высокого артериального давления в организме человека, пожизненного лечения ишемической болезни и т.д.

В системе здравоохранения многих развитых стран, а также и в России, врачи на основе беспринципной лжи **«залечивают»** многих пациентов до хронических заболеваний и преждевременной смерти, при этом ежегодно зарабатывая десятки и сотни миллиардов долларов. В Российской Федерации работают около сотни профессионалов кардиологов и терапевтов, знающих правду и понимающих гнусность лживой медицины о вреде холестерина для здоровья человека, однако они не могут «лечить» в обход принятой системой стандарта, поскольку связаны корпоративностью и страхом быть изгнанными из профессии.

Проблема выяснения истинной роли холестерина в обеспечении стабильно устойчивого здоровья с внутриутробного и малолетнего возраста детей, взрослых россиян и активного долголетия пожилых людей, способствующего многофункциональному решению демографических проблем и национальной безопасности России, является наиглавнейшей задачей государства, решать которую необходимо безотлагательно.

Эпидемия сердечно-сосудистых заболеваний

Всемирная организация здравоохранения установила пороговое значение пандемии: **«Эпидемия – это ситуация, когда заболеваемость взрослого населения превышает 50 человек на 100 000 жителей»**. ВОЗ признаёт, что социально значимые хронические неинфекционные болезни являются основной причиной смертности почти во всех странах мира (табл.1). До 80 % преждевременных случаев смерти от этих причин могут быть предотвращены. Однако лишь у 60 % государств Европы выработана политика в области борьбы с хроническими заболеваниями.

Анализ наблюдений в течение последних 100 лет свидетельствует о том, что значительный рост заболеваемости сердечно-сосудистой системы человека начался в середине XX века (табл. 2).

Таблица 2.

Структура причин смертности в России в 1939-2009 годах, %

Причины	Годы						
	1939	1959	1971	1981	1991	2004	2009
Болезни системы кровообращения	11,3	36,4	46,9	52,6	54,5	55,8	56,6
Новообразования	4,4	18,2	18,7	15,2	17,2	12,6	13,8
Болезни органов дыхания	6,8	9,5	8,5	7,9	4,9	4,0	3,7
Болезни органов пищеварения	18,5	4,4	3,0	2,7	2,5	3,7	4,2
Несчастные случаи, отравления, травмы	4,8	10,9	8,6	15,0	12,5	13,8	11,9
Прочие	54,2	20,6	14,3	6,6	8,4	10,1	9,8
Итого	100	100	100	100	100	100	100



Сердечно-сосудистые заболевания – важная причина смертности и сокращения населения в экономически развитых странах мира, а также в государствах с переходной экономикой. В 1990 г. число умерших от ССЗ в мире составило 12,07 млн чел., в 2004 г. – 16,72 млн чел [3], в 2019 г. – 18,56 млн человек [4]. По данным ВОЗ, число смертельных случаев от ССЗ в мире с 2000 года возросло почти на 2 млн, более четырёх из пяти смертей в этой группе приходится на инфаркт и инсульт. Самый высокий уровень смертности от ССЗ – в странах Азии: в 2019 г. скончалось 10,8 млн чел, или 35% от всех летальных случаев в регионе.

С увеличением численности населения на планете и продолжительности жизни абсолютное число людей, умерших от сосудистых катастроф, будет расти. Прогноз US Census Bureau (США) предполагает [4], что число больных, умерших от инсульта и инфаркта в 2050 г., будет в 3 раза больше, чем в 2000 году. Сегодня в Китае абсолютное число инсультов сопоставимо с числом острых нарушений мозгового кровообращения во всём остальном мире, а число инфарктов растёт пропорционально валовому национальному продукту.

Сердечно-сосудистые заболевания представляют группу патологических состояний, значительно отличающихся по клиническим проявлениям, прогнозу, этиологии, вызывающим их факторам. Общим является поражение сердца и (или) кровеносных сосудов организма. Наиболее частой причиной сердечно-сосудистых смертей (80 %) становятся цереброваскулярные болезни и ишемическая болезнь сердца [2]. Всемирной организацией здравоохранения инсульт признан глобальной эпидемией, угрожающей человечеству! В 2016 г. в мире от инсульта скончалось 5,781 млн человек [4]. По данным ВОЗ [5], в 2022 г. в мире от ишемической болезни сердца скончались 7 млн человек, инсульт унёс жизни 6,2 млн человек.

Лидирующее место среди ССЗ занимают ишемические болезни сердца (ИБС) (49,3 %) и цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) (35,3 %), на долю которых приходится почти 85 % всех смертей от сердечно-сосудистых заболеваний [6]. Цереброваскулярные заболевания представлены в основном мозговыми инсультами (МИ), вклад которых в смертность от ЦВЗ составляет 84,6 %.

В России, по данным Росстата [7], в 2005 г. от ССЗ умерли 1 299 452 человека, в 2010 г. – 1 151 917 человек, в 2014 г. – 940 489 человек [8], в 2020 г. – 938,5 тыс. человек [9].

В периоды социально-экономических преобразований в Российской Федерации, вначале 1990-х гг. и после 1998 г., рост смертности от ССЗ отмечался в наиболее трудоспособном возрасте – от 25 до 64 лет [10, 11]. В этом возрасте ССЗ занимают первое место среди причин смертности населения: 36 % мужчин и 41 % женщин этого возраста умирают от этой патологии. В трудоспособном возрасте смертность от ИБС и МИ составляет около 80 % от всех случаев смертей от ССЗ как у мужчин, так и у женщин.

При сравнении с зарубежными странами смертность от ССЗ среди мужчин 25–64 лет в России выше смертности среди мужчин Италии более чем в 3 раза, Исландии и Франции – в 5 раз, в Японии – в 8 раз [12]. Среди женщин такого же возраста ситуация в отношении смертности от ССЗ аналогичная.

Н.В. Перова и Р.Г. Оганов в своём исследовании [13], отмечают: «В отличие от других индустриально развитых стран, Россия печально отличается динамикой сердечно-сосудистой смертности в течение последних 30-40 лет. Если в странах Западной Европы, Северной Америки, в Австралии смертность от ССЗ снизилась на 50 %, то в России она прогрессивно нарастала, и это привело к тому, что уже в 1990-1992 гг. в России смертность от ССЗ как у мужчин, так и у женщин оказалась в 2-3 раза выше, чем, например, в Скандинавских странах».

В последние десятилетия существенно увеличилось число людей с сердечно-сосудистой патологией при созданной мощной кардиологической службе. В 1998–2011 годы в России ежегодно умирало более 2 млн. человек, из них от болезней системы кровообращения (сердечно-сосудистые заболевания) до 2009 г. умирало более 1,2 млн. человек, что составляло



57 % от всех случаев смерти. На Российском национальном конгрессе кардиологов в 2003 г. академик РАН и РАМН Е.И. Чазов [14], констатировал тупиковость развития кардиологии:

«Несмотря на появление новых методов диагностики, колоссальный арсенал различных лекарственных средств, хирургических и эндоваскулярных методов, эффективность лечения не только не увеличивается, но, судя по росту больничной летальности, даже уменьшается».

По данным академика РАН Л.А. Бокерия, в России ежегодно наблюдаются свыше 22 млн. человек с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Данные Росстата свидетельствуют о заболевании болезнями системы кровообращения 35 420,8 тыс. человек в 2020 году [9, с. 30]. Около половины жителей Российской Федерации страдает различными видами ССЗ. В течение последних 25 лет артериальная гипертония у подростков стала обнаруживаться в три раза чаще. За последние 5–7 лет число молодых людей, поступивших в больницы с острыми заболеваниями сердца и мозга, увеличилось вдвое [15].

За период 1970–2010 гг. смертность от ССЗ в России увеличилась в 2,82 раза, в том числе: мужчин – в 2,97 раза, женщин – 2,25 раза [16]. За каждые 10 лет абсолютное число больных ежегодно умирающих от болезней сердечно-сосудистой системы, возрастает примерно на 300 тыс. человек [17]. Первичная заболеваемость (включая инфаркт и инсульт) ежегодно увеличивается примерно на 0,5 %. В структуре сердечно-сосудистой патологии инсульты стали преобладать над инфарктами миокарда по частоте примерно на 30 % [17]. Ежегодно в РФ регистрируется более 500 тыс. случаев инсульта [18]. В первый месяц после развития заболевания от инсульта умирает 35 %, а в течение года – ещё 15 %. В России проживает более 1 млн. человек, перенёвших инсульт, причём 80 % из них являются инвалидами.

По статистике ежегодно на каждые 100 тыс. населения приходится 250–300 инсультов. В мире регистрируется по разным данным от 21 до 30 млн. случаев инсультов в год, из них 519 тыс. – в Европе, в США – 500 тыс., в России по разным оценкам – 500–600 тыс. инсультов. Инсульт – это третья ведущая причина смертности людей во всём мире и основная причина формирования стойкой инвалидности.

Примерно 1/3 инсультов приводит к летальному исходу. В среднем не более 55 % больных выживает в течение 5 лет. 18 % выживших утрачивают способность говорить, 22 % – теряют способность работать, у 32 % – развивается тяжёлая депрессия, 48 % – перестают самостоятельно передвигаться. Стоимость лечения и социальная реабилитация больных с инсультом очень высокая. Так, по данным американской кардиологической ассоциации (2010 г.), затраты на медицинское обслуживание больных с инсультом составляют 13,5 млрд. долларов в год.

За последние два десятилетия в России смертность людей от ССЗ в возрасте 20–24 лет увеличилась на 82 %, в возрасте 25–29 лет – на 76 %, 30–35 лет – на 63 % [15]. Многократно увеличились случаи инфарктов и инсультов у детей в возрасте 12–14 лет! Известны случаи инфарктов и инсультов со смертельным исходом у детей в возрасте 7–10 лет! По статистике заболеваемость инсультом у детей первого месяца жизни равна таковой у взрослых в возрасте 50–55 лет; средняя заболеваемость детским инсультом (от 1 месяца до 18 лет) – около 7,8 случая на 100 тыс. населения в год.

По данным российских кардиологов смертность от ССЗ ежегодно возрастает на 1,5–2 %, увеличивается инвалидизация населения [19]. В 2010 г. число умерших от ССЗ увеличилось на 18 100 чел. (1,59 %)

Причины и факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний

Способность организма поддерживать стабильность внутренней жизнедеятельности в условиях изменяющегося вокруг мира определяет здоровье. Неправильное питание, опасная пища, недостаточная физическая активность, стрессы, злоупотребление алкоголем и табаком,



попадание в организм токсических веществ (ксенобиотиков), в том числе химических «пищевых» добавок и вкусоароматических веществ, синтезированных лекарственных препаратов и тому подобные влияния внешней среды – нарушают работу механизмов оперативного управления организма и вызывают болезни.

В настоящее время идеологической основой общепринятой системы профилактики инсульта и инфаркта миокарда стала концепция..., не опирающаяся на изучение фактических причин заболевания. Основная идея общепринятой системы профилактики инсульта и инфаркта заключается в попытке устранения или коррекции факторов риска в надежде на снижение заболеваемости в популяции [17].

Использование преднамеренно «порочной» концепции профилактики позволило «открыть» более 120 факторов риска – предпосылок заболевания инсультом и инфарктом миокарда. Однако в этом направлении провал очевиден для всех, особенно для населения и больных с инсультом и инфарктом, кардиология умышленно заведена в очередной тупиковый «финансово-результативный» закоулочок.

По современным представлениям ряда кардиологов и исследователей, факторы риска – это потенциально опасные для здоровья факторы поведенческого, биологического, генетического, экологического, социального характера, окружающей и производственной среды, повышающие вероятность развития многих заболеваний и неблагоприятного исхода. Из более чем 100 ранее установленных зарубежными исследователями факторов [17], способствующих возникновению патологий и большинства сосудистых заболеваний сердца и мозга, выделяют 9 действительных факторов риска: хронический дефицит физической активности; избыточное потребление соли; дисбаланс в питании с детства; злоупотребление алкоголем; курение; стрессы; влияние приёма некоторых синтетических лекарств; влияние окружающей среды; профессиональные вредности.

Группа российских исследователей, разработавших под руководством заведующего кафедрой гематологии и гериатрии ФППОВ, председателя Технического комитета 466 «Медицинские технологии» Ростехрегулирования, д.м.н., профессора П.А. Воробьева Национальный стандарт РФ «Протокол ведения больных «Инсульт» ГОСТ Р 52600–2008 [20], считает важнейшими корригирующими факторами, повышающими риск развития инсульта: 1) артериальная гипертония; 2) курение; 3) патология сердца; 4) патология магистральных артерий головы; 5) нарушение липидного обмена; 6) сахарный диабет; 7) гемостатические нарушения; 8) злоупотребление алкоголем; 9) приём оральных контрацептивов.

Артериальная гипертония – фактор риска развития как геморрагического, так и ишемического инсульта. Риск инсульта у больных с артериальным давлением более 160/95 мм рт. ст. возрастает приблизительно в 4 раза, по сравнению с лицами, имеющими артериальное давление ниже 140/90 мм рт. ст., а при артериальном давлении более 200/115 мм рт. ст. – в 10 раз [20].

Курение увеличивает риск развития инсульта вдвое. Степень риска зависит от интенсивности (количество выкуриваемых сигарет в день) и длительности (число лет) курения. Прекращение курения табака приводит через 2–4 года к снижению риска инсульта.

Различные заболевания сердца увеличивают риск развития инсульта. Наиболее значимым является мерцательная аритмия – риск инсульта при данной патологии возрастает в 3–4 раза; при наличии ишемической болезни сердца – в 2 раза, гипертрофии миокарда левого желудочка, определяемой по электрокардиографии, – в 3 раза, при сердечной недостаточности – в 3–4 раза.

При патологиях магистральных артерий головы риск возникновения инсульта составляет около 2 % в год, он существенно увеличивается при стенозе сосуда более чем на 70 % его просвета и при появлении транзиторных ишемических атак достигает 13 % в год.



Больные сахарным диабетом чаще имеют нарушения липидного обмена, артериальную гипертонию и различные проявления атеросклероза.

Гемостатические нарушения, тромбофилия являются независимыми факторами риска инсульта, а также прогрессирования стеноза сонных артерий. Дефицит факторов свёртывания, глубокая тромбоцитопения могут приводить к кровоизлияниям, а дефицит естественных антикоагулянтов, нарушения вязкости крови – к инфаркту мозга [20].

Большие дозы алкоголя приводят к развитию и утяжелению течения артериальной гипертонии, кардиомиопатии, нарушениям ритма сердца, что увеличивает риск, как ишемии, так и кровоизлияния в мозг.

Использование оральные контрацептивов с содержанием эстрогенов более 50 мг, достоверно повышает риск ишемического инсульта. Особенно неблагоприятное сочетание их приёма с курением и повышением артериального давления.

Инсульт может произойти внутриутробно у эмбриона, особенно во втором и третьем периоде беременности женщины. Основной причиной является повышенное употребление чрезвычайно опасных пищевых продуктов – маргаринов, спредов, кондитерских жиров, содержащих трансизомеры жирных кислот из растительного и пальмового масла, температура плавления которых 43–46,5 °С. Известны случаи инсульта головного мозга у 2–3 месячных младенцев, матери которых кормили как материнским молоком, так и «молочными продуктами» из маргарина и пальмового масла, а также из генетически модифицированной сои, полученными из детской молочной кухни.

Анализ проведённых экспериментальных исследований показывает, что основополагающим фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний с катастрофическими последствиями является – 1) структура питания, качество и безопасность пищевой продукции. Именно об этом важнейшем корригирующем факторе риска, во многом способствующем образованию ряда скрытых патологических процессов, в том числе изменению генома, в последствии приводящих к развитию инсульта и инфаркта миокарда, заведомо умалчивают подавляющее большинство кардиологов и исследователей болезней сердечно-сосудистой системы человека.

Ко второму и третьему факторам риска по значимости «отягощённости влияния» на развитие инсульта и инфаркта миокарда следует отнести: 2) стрессы, имеющие разнообразные эмоциональные и социальные обстоятельства, адаптогенные и патогенные факторы, а также – 3) перекисное окисление липидов. К следующим основным факторам риска развития сердечно-сосудистых заболеваний относят: 4) отсутствие и недостаточная физическая активность; 5) курение табака; 6) алкоголь; 7) приём синтетических лекарственных препаратов; 8) наследственная информация.

1. Структура питания, качество и безопасность пищевой продукции. Состояние здоровья человека, его активная жизнедеятельность и долголетие во многом зависит от характера и структуры питания, уровня качества и степени безопасности пищевой продукции.

Наиглавнейший элемент питания априори – питьевая вода, содержащая важнейшие питательные компоненты, обладающая феноменологическими биологически активными свойствами и структурными особенностями, и являющаяся наилучшим оздоравливающим и лечебным средством ключевых физиологических функций организма и главным регулятором жизнедеятельности и здоровья человека.

Известно, что 80–90 % чужеродных и опасных для человека веществ – ксенобиотиков (*многочисленные химические пищевые добавки и вкусоароматические вещества, трансжиры из растительного и пальмового масла, синтетические лекарственные препараты, витамины и БАДы к пище, ГМ-организмы, тяжёлые металлы, фенолы, диоксины, пестициды, гербициды, нитраты и т.п.*), поступает в организм со многими продуктами питания [21].



Употребление многих пищевых продуктов с ксенобиотиками в большинстве случаев приводит к нарушениям метаболических процессов питания и молекулярных механизмов структурного гомеостаза, которые в зависимости от многих генетических и фенотипических характеристик человека провоцируют развитие ряда тяжёлых заболеваний: сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных, эндокринных, онкологических и многих других патологий. В значительной мере заболевания, связанные с нарушением питания, обусловлены неправильным вскармливанием детей на ранних стадиях онтогенетического развития.

Вредное воздействие многих химических пищевых добавок и вкусоароматических веществ, лекарственных препаратов на здоровье человека в достаточной степени изучено и хорошо известно. В организме человека нет ферментов, которые могли бы разрушить синтезированные химические лекарства, пестициды, тяжёлые металлы, химические пищевые добавки, вкусоароматические химические вещества и прочие ксенобиотики. Подавляющая часть химических пищевых добавок и вкусоароматических химических веществ, трансжиров, генномодифицированных продуктов являются выраженными иммунодепрессантами и иммуносупрессорами, а многие из них обладают канцерогенным, мутагенным, тератогенным и эмбриотоксическим эффектами, острой токсичностью, создающими многофакторную опасность отдалённых последствий для здоровья и жизни людей, особенно, подрастающего и будущего поколения россиян [21].

Опасная и некачественная пищевая продукция является основополагающим и главным фактором риска, вызывающим образование патологических процессов в организме человека и приводящим к сердечно-сосудистым и другим взаимосвязанным многим заболеваниям, инфаркту миокарда и инсульту.

2. Стрессы. Термином «стресс» (напряжение) обозначают неспецифическую реакцию организма, возникающую под влиянием любых сильных воздействий (стрессоров) и сопровождающуюся перестройкой защитных систем организма. Г. Селье [22] обратил внимание на то, что, несмотря на разнообразие стрессоров (травма, инфекция, переохлаждение, интоксикация, наркоз, мышечная нагрузка, сильные эмоции и т.д.), все они приводят к однотипным изменениям в надпочечниках, вилочковой железе, лимфатических узлах, составе крови и обмене веществ.

Стресс проявляется в виде общего адаптационного синдрома, который состоит из трёх последовательных стадий: реакция тревоги, стадии резистентности и стадии истощения.

Реакция тревоги означает немедленную мобилизацию защитных сил организма. В стадии резистентности гипертрофируется корковое вещество надпочечников и секретируется большое количество гормонов, активизируются анаболические процессы, усиливается гликолиз.

При длительном воздействии стрессора (повреждающего агента) системный механизм адаптации организма нарушается. Истощение функциональных резервов и атрофия коркового вещества надпочечников, снижение артериального давления, распад белковых веществ характеризуют переход стадии резистентности в стадию истощения (дистресс). Исход стресса зависит от соотношения силы и длительности действия стрессора и потенциальных возможностей защитных сил организма [22].

Недостаточность адаптации организма или её отклонения в противоположную сторону являются причиной развития болезней адаптации. К болезням адаптации Г. Селье относит ревматизм, бронхиальную астму, некоторые болезни почек, сердца и сосудов, ряд кожных (псориаз) и других заболеваний. Стресс является сложной нервно-гуморальной реакцией, в развитии которой принимают участие нервная система и эндокринные железы.

3. Перекисное окисление липидов. Основная внутриклеточная система инактивации свободных кислородных радикалов – это система фермента супероксиддисмутазы.



Супероксиддисмутаза – катализатор восстановления свободных кислородных радикалов до молекулярного кислорода и воды.

Инактиватор свободных кислородных радикалов – это любая из экзо- или эндогенных молекул, которая обладает свойством предотвращать и ослаблять патогенное влияние свободных кислородных радикалов на клетку. Кроме супероксиддисмутаза, к ним относят церулоплазмин, цистеин, глутатионредуктазу, трансферрин, витамины *E* и *D*-пеницилламин, а также пока недостаточно известный мощный антиоксидант **астаксантин**, содержащийся в лососёвой икре и мышечной ткани лососёвых рыб, в креветке и **длительное время скомпрометированный адептами ортодоксальной медицины в мировом масштабе – холестерин** [21]!

Патогенетическая значимость свободных кислородных радикалов особенно велика при воспалительной альтерации тканей, постишемическом цитолизе, остром инфаркте миокарда сердца, канцерогенезе.

Во многих проведённых исследованиях в факторах риска заболеваний сердечно-сосудистыми патологиями в открытую не указывают причину – «высокое содержание холестерина» в организме человека. Зато повсеместно во всех медицинских анализах главным биохимическим показателем является уровень содержания холестерина в крови, используемый с научно необоснованной классификацией холестерина по типам: нормальный, пограничный, повышенный, холестерин ЛПВП, холестерин ЛПНП. Используя завуалированную под научно обоснованную классификацию типов холестерина, фактически являющуюся беспрецедентным фэйком, ортодоксальная медицина загоняет больных и здоровых людей в тупик безысходности, раскручивая государственные бюджеты и вымогая деньги граждан на огромные неоправданные расходы, десятилетиями оболванивая всё человеческое сообщество.

Заключение

В эпоху болезнecентрической системы здравоохранения сердечно-сосудистые заболевания занимают лидирующее место в мире, аналогичная тенденция болезней системы кровообращения сохраняется в структуре смертности населения. Среди сердечно-сосудистых заболеваний первенство за ишемическими болезнями сердца и цереброваскулярными заболеваниями, на долю которых приходится 85 % всех смертей от этого класса болезней.

В последние десятилетия существенно увеличилось число людей с сердечно-сосудистой патологией при созданной мощной кардиологической службы в России. Эффективность лечения при использовании новых методов диагностики, колоссального арсенала различных синтетических лекарственных средств, хирургических и эндоваскулярных методов, с ростом больничной летальности значительно уменьшилась. О тупиковости развития отечественной кардиологии констатировали ведущие кардиологи и терапевты здравоохранения страны. Особенно «помолодел» инсульт, обуславливающий при лечении значительные финансовые затраты и длительно-временную реабилитацию.

Основные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний – это структура питания, качество и безопасность пищевой продукции; разнообразные стрессы, сопровождающиеся перестройкой защитных систем организма; происходящие свободно-радикальные процессы в организме человека и способность внутриклеточных систем инактивировать свободные кислородные радикалы.

В следующих частях статьи будут рассмотрены основные интегративно-жизненные функции холестерина в организме человека, показаны документированные исторические факты масштабной продолжительной целевой дискредитации холестерина, истинной целью которой является «узаконенный» государствами транснациональный бизнес.

Продолжение следует



Список литературы:

1. Фокс А., Фокс Б. Иммуитет на всю жизнь. Помоги себе сам. Пер. с англ. – М.: «Бином», «Золотой век», 1996. 285 с.
2. Социально значимые болезни в Российской Федерации / Под ред. Л.А. Бокерия, И.Н. Ступакова. – М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2006. – 326 с.
3. Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report: World Health Organization, 2005. – 200 p.
4. Hannah Ritchie, Fiona Spooner, Max Roser (2019) – "Causes of death". Published online at OurWorldInData.org. Retrieved from: <https://ourworldindata.org/causes-of-death> [Online Resource]. Дата обращения 14.04.2023.
5. ВОЗ опубликовал список самых распространённых причин смертности: <https://grodno24.Com2022/12/prichiny-smernosti.html>. Дата обращения 14.04.2023.
6. Всё о холестерине: национальный доклад; под ред. академика РАМН Л.А. Бокерия, академика Р.Г. Оганова. – М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. 2010. – 180 с.
7. Демографический ежегодник России 2006: Стат. сб. / Росстат. М., 2006. – 527 с.
8. Демографический ежегодник России 2015: Стат. сб. / Росстат. М., 2015. – 263 с.
9. Здравоохранение в России. 2021. Статистический сборник / Росстат – М., 2021. – 171 с. 86.
10. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Демографическая ситуация и сердечно-сосудистые заболевания в России: пути решения проблем //Кардиоваскулярная терапия и профилактика – 2007. – Т. 6. № 8. – С. 7-14.
11. Marguez P.V. Dying too young (Summary) / – The World Bank, 2005. – 36 p.
12. Россия, страны мира. Госкомстат России 2010: Стат. Сб. / Росстат. М., 2010.
13. Перова Н.В., Оганов Р.Г. Пути модификации пищевых жиров в антиатерогенной диете // Терапевтический Архив, 2004, № 8. – С. 75-78.
14. Чазов Е.И. Медицинская газета, № 81. 29.10.2003 г. – С. 11.
15. Медик В.А. Заболеваемость населения: история, современное состояние и методология изучения. – М.: Медицина, 2003. – 508 с.
16. Перхов В.И., Гриднев О.В., Балуев Е.Е. Сравнительный анализ смертности и госпитальной летальности населения РФ от болезней системы кровообращения. Бюллетень СО РАМН, Т. 30, № 2, 2010. – С.139-143.
17. Широков Е. А. Инсульт, инфаркт, внезапная смерть: теория сосудистых катастроф. – М.: Изд-во КВОРУМ, 2010. – 240 с.
18. Фадеев П.А. Инсульт. – М.: ООО «Изд-во «Мир и Образование», 2010. – 160 с.
19. Патологическая физиология сердечно-сосудистой системы / под ред. Л. Лилли; пер. с англ. – 3-е изд. испр. и перераб. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2010. – 672 с.
20. Инсульт. Нормативные документы. Под ред. П.А. Воробьева. – М.: НЬЮДИАМЕД, 2010. – 480 с.
21. Воробьев В.В. Интегративная технология икры тихоокеанских лососей с биологически и эпигенетически активными компонентами. – М.: КнигИздат. 2021. – 732 с.
22. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. – М.: Медгиз, 1960. – 254 с.

