

IBDIS

We know

books

această carte într-o resursă de neprețuit, revoluționară, în călătoria noastră către o stare de bine pe termen lung.”

Dr. David Perlmutter, autor al cărților *Grain Brain* și *Drop Acid*, ambele aflate în topul vânzărilor *New York Times*

„Nu există viață fără energie. Mitocondriile noastre știu cum să captureze energia chimică și să o optimizeze. Dar ce se întâmplă atunci când celulele noastre sunt otrăvite? Gândiți-vă la cianuri; gândiți-vă la metalele grele. Acum gândiți-vă la alcool, zahăr, grăsimi trans, toate toxinele din mediu care inhibă productivitatea mitocondriilor. Dr. Casey Means aduce în prim-plan problema energiei celulare pentru a putea explica ce este cu adevărat în neregulă în bolile cronice, motivul pentru care medicamentele nu vor rezolva această problemă și de ce ea a abandonat o carieră promițătoare în chirurgie, cum să refacem întreaga sănătate și paradigma îngrijirii medicale pentru a salva vieți și bani și cine se opune acestei schimbări. Într-o anumită măsură autobiografie, dar și scriitură manifest, această carte dovedește că nu există în spiritul epocii o voce la fel de coerentă, importantă și puternică precum cea a lui Casey. Mănușa a fost aruncată – considerați că ați fost avertizați.”

Dr. Robert H. Lustig, autor al cărții *Metabolics* și profesor emerit de pediatrie, UCSF

DR. **CASEY MEANS**
ȘI CALLEY MEANS

ENERGIA BUNĂ

LEGĂTURA SURPRINZĂTOARE
DINTRE METABOLISM
ȘI SĂNĂTATE FĂRĂ LIMITE

COLECȚIA



YUNITY

CUPRINS

INTRODUCERE

Totul este conectat / 10

PARTEA ÎNTÂI ADEVĂRUL DESPRE ENERGIE / 25

Capitolul 1

Sănătate fragmentată vs. sănătate centrată pe energie / 27

Capitolul 2

Energia dăunătoare este cauza bolilor / 58

Capitolul 3

Ai încredere în tine, nu în doctorul tău / 99

PARTEA A DOUA CUM SE CREEAZĂ ENERGIA BUNĂ / 121

Capitolul 4

Corpul tău deține răspunsul: Cum să interpretezi rezultatele analizelor de sânge și să obții informații cu valoare practică de la dispozitivele portabile / 123

Capitolul 5

Cele șase principii ale alimentației pentru energie bună / 175

Capitolul 6

Cum să ai o masă care să-ți livreze energie bună / 209

Capitolul 7

Respectă-ți ceasul biologic: lumina, somnul și orele de masă / 271

Capitolul 8

Să luăm înapoi ce ne-a furat modernitatea: mișcare, temperatură și un mod de viață nontoxic / 303

Capitolul 9

Eliberarea de frică: cel mai înalt nivel de energie bună / 341

PARTEA A TREIA PLANUL PENTRU A AVEA O ENERGIE BUNĂ / 375

PARTEA A PATRA REȚETE PENTRU O ENERGIE BUNĂ / 431

Mulțumiri / 493

Index / 496

CAPITOLUL 1

**Sănătate fragmentată vs.
sănătate centrată pe energie**

La absolvirea facultății de medicină, am fost nevoită să aleg una dintre cele 42 de specializări: o parte a corpului căreia să îmi dedic viața.

Scindarea definește medicina modernă. Începând cu primul meu an de medicină, mi-am canalizat studiile de la o perspectivă largă asupra corpului către segmente din ce în ce mai înguste. Când am ales o specializare pre-medicină la colegiu, am lăsat în urmă studiul fizicii și al chimiei pentru a mă concentra exclusiv pe biologie. La facultatea de medicină, am memorat toate informațiile despre biologia *umană*, fără a mai acorda atenție altor sisteme biologice precum plantele și animalele. Ca rezident, m-am concentrat pe efectuarea de operații pe o anumită zonă specifică: capul și gâtul, și nu m-am gândit prea mult la restul corpului.

Dacă aș fi finalizat cei cinci ani de pregătire, aș fi fost eligibilă să mă concentrez și mai mult pe o subspecialitate în cadrul acelei specializări. Aș fi putut deveni rinolog (specializat exclusiv pe nas), laringolog (specializat exclusiv pe laringe), otolog (specializat exclusiv pe cele trei oase mici ale urechii interne, plus cohleea și timpanul), sau specialist în cancerul capului și

gâtului (printre alte opțiuni). Scopul principal al carierei mele ar fi fost să devin din ce în ce mai bună în a trata o parte a corpului din ce în ce mai mică.

Dacă m-aș fi dovedit *cu adevărat* bună în ceea ce făceam, poate că instituția medicală ar fi numit chiar o boală a unei părți a corpului după mine, așa cum au făcut pentru decanul Facultății Medicale Stanford – un otolog renumit la nivel mondial, pe nume dr. Lloyd B. Minor, care și-a concentrat întreaga carieră pe aproximativ trei centimetri pătrați din corp. În afecțiunea care îi poartă numele, sindromul Minor, se consideră că schimbări microscopice în oasele urechii interne duc la diferite simptome de echilibru și otologice. Domnul decan Minor a reprezentat un model ideal de succes pentru un medic: rămâi concentrat pe specialitatea ta și urcă pe scara profesională. În felul acesta, te și protejezi: pentru un medic obișnuit, să rămâi în domeniul tău de competență garantează că nu vei fi responsabil pentru tratarea incorectă a ceva ce nu face parte din aria ta de expertiză.

În anul cinci, ajunseseam rezidentă-șefă la otologie, o sub-specializare a chirurgiei capului și gâtului, concentrându-mă pe acei trei centimetri pătrați din corp, din jurul urechii, care controlează auzul și echilibrul. Am consultat frecvent pacienți precum Sarah, o femeie de 36 de ani care a venit la clinica de otologie chinuită de migrene incurabile, având mai mult de zece astfel de crize pe lună. Deoarece amețelile și simptomele auditive pot fi o caracteristică a acestei afecțiuni neurologice debilitante, cei care suferă de așa ceva ajung la acest departament de specialitate după ce au trecut printr-un labirint de furnizori de sănătate. După un deceniu de episoade severe de migrenă, lumea Sarei se redusese dramatic. Trăind din ajutorul social pentru dizabilitate și în mare parte ținută în casă, existența ei se învârtea în jurul afecțiunii

pe care o avea. Era atât de sensibilă la lumină încât purta mereu ochelari de soare și mergea cu ajutorul unui baston din cauza artritei inflamatorii. Avea mereu lângă ea un câine de asistență.

Revizuiind cele o sută de pagini de fișe medicale trimise prin fax, am descoperit că, în ultimul an, pentru a trata o serie mai largă de simptome persistente și dureroase, fusese examinată de opt specialiști. Un neurolog îi prescrieseră tratament pentru crizele de migrene. Un psihiatru îi prescrieseră un inhibitor selectiv al recaptării serotoninei (SSRI) pentru depresie. Un cardiolog îi prescrieseră medicamente pentru hipertensiune. Un specialist în îngrijiri paliative îi prescrieseră alte remedii pentru durerile constante din articulații. În ciuda tuturor acestor intervenții și medicamente, Sarah încă suferea. Răsfoind atent documentele, am rămas uimită. Ce aș putea să-i *ofer* acestei femei? Ceva ce nu încercase deja?

Ca parte a chestionarului meu legat de migrene, am întrebat-o dacă avusese succes cu o dietă de eliminare a migrenelor. Nu auzise de așa ceva. Acest lucru m-a surprins. Aveam în clinică broșuri pregătite pe acest subiect pentru pacienți ca ea. Dar o intervenție nutrițională nu fusese suficient de importantă pentru colegii mei, ca să fi menționată. În schimb, fusese trimisă pentru tot felul de teste, supusă unor tomografii scumpe și i se prescrieseră medicamente psihoactive și altele – unul după altul. A părut vizibil deranjată când i-am descris posibilitățile promițătoare ale unei diete care ar elimina alimentele ce declanșează migrenele. Limbajul corpului ei sugera că, dacă un lucru atât de banal precum *alimentația* ar fi putut ajuta, profesioniștii în medicină i-ar fi spus asta de mult. Ea dorea să încerce un alt medicament.

Cazul lui Sarah nu era primul pe care îl întâlnisem și care urma acest scenariu. Pacienții veneau adesea cu boli cronice

rezistente, cărând după ei teancuri de documente. Dar Sarah era dureros de tânără pentru o astfel de suferință și trecuse prin mâna atâtor specialiști atât de repede încât cazul ei făcea ca eșecul sistemului să fie deosebit de bulversant. Era bolnavă și devenea și mai bolnavă, trăind nu doar cu o boală cronică, ci cu multiple boli cronice. Fără ca ea să fie conștientă – dar pentru mine era evident – speranța ei de viață se reducea cu siguranță. Era frustrată din pricina îngrijirii medicale pe care o primise, cu toate acestea încă se mai baza pe ea – chiar se agăța de ea.

Am încercat să îmi ascund supărarea. Cum aș fi putut să prescriu un alt medicament fără să o încurajez pe Sarah să încerce câteva strategii simple, susținute de studii semnificative? Mi se strângea stomacul la gândul că altă rețetă cu medicamente nu va fi soluția magică care să îi schimbe în mod radical viața. Amândouă am fi putut trece prin șarada de a genera speranță într-un nou medicament, de a programa o următoare consultație peste șase săptămâni pentru a vedea cum a funcționat, și de a pleca de la întâlnire mulțumite că am făcut tot ce am putut. Dar la un anumit nivel, amândouă știam că o „deficiență de medicamente” nu era motivul pentru care Sarah avea această boală răspândită în tot corpul.

Aș fi putut face tot ceea ce au făcut ceilalți medici responsabili de îngrijirea ei – și ceea ce se aștepta în mod explicit de la mine: să diagnostichez boala în funcție de criteriile bazate pe simptome, să exclud probleme care puneau viața în pericol, să atașez o rețetă, să introduc codurile de facturare și să merg mai departe. Asta ar fi însemnat să practic medicină respectabilă. Dar Sarah și celelalte cazuri complexe ca al ei m-au făcut să-mi doresc să lucrez diferit, să caut cauzele primare și să mă întreb despre motivul existenței acelor simptome.

DESCOPERIND CAUZELE: CE PROVOACĂ BOALA?

Inflamația invizibilă: peste tot, deodată

Când ai îndoieli, începe întotdeauna prin a pune întrebări. Iar întrebarea evidentă în cazul lui Sarah era următoarea: oare afecțiunile ei erau într-adevăr distincte sau exista ceva care le conecta, ceva ce nici colegii mei, nici eu nu puteam vedea?

Răsfoind analizele ei de laborator, am observat că unul dintre markerii inflamatori avea valori mari. Îmi aminteam vag că învățasem la facultatea de medicină că acest marker era crescut în afecțiuni ca diabetul și obezitatea. Am observat de asemenea că Sarah avea artrită inflamatorie. Așadar inflamația cronică era prezentă. Așa că mi-am pus o altă întrebare: ar putea inflamația să joace un rol în cauzarea migrenei? În mod surprinzător, o documentare rapidă pe PubMed mi-a oferit peste o mie de articole științifice în care se făcea legătura între cele două.

Știam foarte bine că inflamația înseamnă umflare, febră, roșeață, puroi sau durere care apare atunci când celulele sistemului imunitar se grăbesc la locul unei leziuni sau al unei infecții. Toate aceste simptome sunt utile: toate indică faptul că are loc o apărare robustă și coordonată pentru a ține sub control, a rezolva problema și a vindeca țesuturile afectate sau aflate în pericol. Sistemul imunitar caută în permanență orice e străin, nedorit sau nociv și se activează în câteva secunde când detectează că ceva nu e în regulă. După ce problema e rezolvată, sistemul imunitar oprește inflamația și totul revine la normal. Temperatura, roșeața, umflarea și durerea dispar.

Însă în cazul lui Sarah controalele medicale și markerii de laborator erau derutante. Nu avea nicio leziune, nicio infecție evidentă care putea fi observată. Fenomenul părea să nu fie temporar. Răspunsul ei inflamator era pornit tot timpul – și

rămânea așa – până în punctul în care producea daune colaterale organismului. De ce ar rămâne sistemul imunitar atât de activat și într-o stare persistentă de alarmă și apărare – cronic inflammat – în afara situațiilor acute, chiar până la punctul de a provoca daune colaterale țesuturilor corpului?

Când am reflectat asupra a ceea ce tratam în rolul meu de chirurg ORL, ceva m-a frapat: aproape *totul* era inflamație. În medicină, sufixul *-ită* înseamnă *inflamație*, iar în practica noastră apăreau sinuzită, amigdalită, faringită, laringită, otită, condrită, tiroidită, traheită, adenoidită, rinită, epiglotită, sialadenită, parotită, celulită, mastoidită, osteomielită, nevrită vestibulară, labirintită, glosită și altele. Eram un medic al inflamației, și nici măcar nu realizasem asta! Ca orelistă, jobul meu se învârtea în jurul combaterii inflamației oriunde apărea în ureche, nas sau gât. Adesea, procesul includea utilizarea medicamentelor *antiinflamatoare* orale, nazale, intravenoase, inhalante și de uz extern: spray Flonase, irigații nazale cu steroizi compuși, creme de prednison, Solu-Medrol IV și nebulizatoare inhalatorii cu steroizi – tot felul de lucruri pentru a aborda sistemul imunitar care se activa în aceste corpuri.

Presupunând că medicamentele ar eșua, așa cum s-a întâmplat cu pacienta mea cu sinuzită, Sophia, într-un astfel de caz se poate trece la următorul nivel în chirurgie: crearea de orificii în corpul unui pacient pentru a reduce obstrucția cauzată de inflamație și a permite drenarea lichidului inflamator. Uneori, pentru a forța anatomia să se retragă din calea umflăturii, e necesar să intervenim mecanic. Am putea insera tuburi prin timpan pentru a permite drenarea lichidului, să forăm prin oasele craniului pentru a elibera puroiul blocat sau să introducem un balon pentru a lărgi o cale respiratorie îngustată de inflamația cronică.

Medicamentele și chirurgia pot opri temporar inflamația sau îi pot minimiza efectele – ca și cum ai doborî un invadator cu o mișcare tactică de jiu-jitsu – dar țesuturile se vor umfla adesea din nou sau puroiul se va aduna din nou în orice zonă care era blocată. Nu aveam în fișa postului, ca profesioniști din domeniul medical, să căutăm *motivul* pentru care inflamația continuă să revină.

Dar, odată ce am început să analizez mai profund problema, *deceurile* nu se mai opreau. De ce sistemele imunitare ale pacienților mei, cum ar fi Sophia și Sarah, erau atât de cronic activate? De ce celulele care ar trebui să fie sănătoase trimiteau semnale de „frică” pentru a recruta celule imunitare ajutătoare să vină în sprijinul lor? Nu puteam vedea sau detecta o amenințare evidentă, cum ar fi o tăietură sau o infecție, și nici pacienții mei nu puteau. Așa că, de ce erau aceste celule atât de speriate la nivel microscopic?

Am analizat rezultatele de laborator și markerii inflamatori ai Sarei și am știut că erau intens asociate cu boli cronice precum diabetul, obezitatea și bolile autoimune. Și brusc am avut o revelație. Oare *toate* simptomele ei – nu doar cele limitate la zona de ORL – pot fi cauzate de inflamație? Poate un singur mecanism să declanșeze atât de multe stări patologice diferite? Oara fiecare parte a corpului ei reacționa cu teamă la aceleași amenințări *invizibile*? Din punctul meu de vedere, astăzi acest adevăr pare absolut evident. Cercetările au arătat că inflamația cronică este un instigator crucial al multor boli și condiții în afara urechii, nasului și gâtului – de la cancer și boli cardiovasculare la boli autoimune, infecții respiratorii, afecțiuni gastrointestinale, afecțiuni ale pielii și tulburări neurologice. Cu toate acestea, nu făcea parte din cultura medicală instituțională să ne concentrăm pe aceste conexiuni sau să ne întrebăm mai profund *de ce* există toată acea inflamație.