

Agneta SCHNITTGER

INSULINE- le chaînon
manquant

Cet ebook a été publié sur www.bookelis.com

ISBN 978-2-9560073-0-2

© Agneta SCHNITTGER, 2017

Traduction en français par Madame Nadine MOREL et collaborateurs. TRAD'SMITH FRANCE

Edité en suédois par Recito Förlag AB, Borås, Suède
2014

Tous droits de reproduction, d'adaptation et de traduction, intégrale ou partielle réservés pour tous pays.

L'auteur est seul propriétaire des droits et responsable du contenu de ce livre

Therese Frida Fredrik

Résumé du manuscrit

Ce livre vise à démontrer, avec une conception nouvelle et originale, comment le contrôle de l'énergie par insuline est influencé par la nourriture donnant de multiples effets sur les systèmes de communication cellulaire. Beaucoup d'arguments se mettent en place comme dans un puzzle qui ne livrera son secret qu'à son achèvement

Lisez l'histoire passionnante de la façon dont nous imaginons que le diabète de type 2, les crises cardiaques et l'ostéoporose peuvent avoir la même origine !

Apprenez comment les diabétiques de type 2, peuvent transformer leur maladie au diabète de type 0 !

Apprenez comment l'intolérance au glucose avec des niveaux élevés d'insuline provoque l'inflammation vasculaire !

Apprenez pourquoi le traitement de cholestérol par des statines, est néfaste pour le corps !

Apprenez comment des hormones peuvent piéger les réserves énergétiques de l'organisme dans la graisse, créer une sensation de faim et perturber le contrôle du poids !

SOMMAIRE

Résumé du manuscrit.....	5
Préface.....	9
Chapitre I.....	13
Les causes de l'obésité endémique. Explications admises et explications alternatives.	13
Chapitre II.....	19
La première loi de la thermodynamique. La deuxième loi de la thermodynamique. Calories. Métabolisme de base. Thermogénèse.	19
Chapitre III.....	25
Contrôle énergétique comparé au contrôle hormonal.	25
Chapitre IV.....	39
Les carburants et réserves d'énergie du corps.	39
Chapitre V.....	45
Principaux éléments constitutifs de l'organisme : Cholestérol, acides aminés essentiels, acides gras	

essentiels. Oligo-éléments importants : Calcium.
Vitamine D. Fer. Anti-oxydants. 45

Chapitre VI.....63

Syndrome métabolique. Le tissu adipeux et la flore
intestinale en tant qu'organes métaboliques. 63

Chapitre VII.....73

Les maladies chroniques liées à la sur-alimentation. 73

Les maladies cardiovasculaires, l'hypertension, le diabète
de type 2, la dégénérescence maculaire, la cataracte, la
dyslipidémie, l'ostéoporose, les cancers épithéliaux,
certains troubles neuropsychiatriques, les maladies
inflammatoires, le syndrome des ovaires polykystiques,
l'infertilité masculine, l'hypothyroïdie, la fibromyalgie, la
goutte, les calculs biliaires et les calculs rénaux. 73

Chapitre VIII.....124

Régime équilibré classique riche en hydrates de
carbone. Régime Weight Watchers. Le régime 5 :2
Régime méditerranéen. Régime paléolithique. Régimes
riches en protéines comme le régime des « hôtesse de
l'air », ou le régime Dukan. Régime végétarien. Régime
IG. Régime LCHF (pauvre en hydrates de carbone et
riche en lipides). Régime cétogène. Régime sans gluten ni
caséine. Ramadan. 124

Chapitre IX.....154

La distribution des produits par l'industrie alimentaire
et la restauration rapide. 154

Chapitre X.....160

Traitement médicamenteux 160

Obésité, hypertonie = hypertension artérielle,
ostéoporose = fragilité osseuse, hypercholestérolémie =
taux élevé de cholestérol et diabète de type 2 160

Chapitre XI.....174

Descriptions de cas. 174

Glossaire :.....184

Références :.....189

Conclusion :.....192

Remerciements de l’auteur.....194

Quelques mots sur l’auteur :.....195

Préface

Un livre sur les grandes controverses concernant la santé dans la société actuelle de médias de masse. Ce livre est destiné à tous ceux qui sont intéressés par la nutrition et l'influence qu'elle a sur nos maladies modernes. Il n'est pas destiné à être un travail scientifique, mais se base sur la science et approfondit certains sujets au travers de références pour ceux qui veulent en savoir plus. Il est toujours difficile de trouver le juste équilibre entre une écriture suffisamment « superficielle », qui puisse néanmoins être prise en considération par ceux qui normalement critiquent les tendances populaires et « les doctrines du salut ». Dans l'afflux important de régimes alimentaires à succès et de livres de cuisine, j'ai souvent souligné le manque de connexion entre le contrôle hormonal de l'équilibre énergétique et du métabolisme et nos maladies modernes. J'ai délibérément opposé la vérité officielle et l'explication alternative, afin de montrer les arguments des deux camps. C'est ensuite au lecteur de prendre position par lui-même ! Il manque des cours en matière de nutrition et son impact sur notre métabolisme dans la formation médicale suédoise. Nous avons laissé ce domaine au personnel paramédical et aux diététiciens et nutritionnistes, puisque nous, médecins, ne comprenions pas son importance. Il manque des livres mettant en évidence la signification profonde de l'insuline pour notre métabolisme.

L'insuline est l'hormone clé de l'organisme, et d'un point de vue évolutif l'hormone la plus ancienne. L'hormone qui est au départ de la vie des créatures les plus simples, et qui a suivi la chaîne de l'évolution, se retrouvant dans des créatures de plus en plus complexes et évoluées. L'insuline est chez l'homme l'hormone qui contrôle les autres hormones dans le corps par le biais de la signalisation enzymatique et des récepteurs dans les cellules du corps. L'insuline a la capacité de faire communiquer les cellules du corps et constitue la base de ce que nous appelons la vie. L'insuline contrôle le bilan énergétique, l'équilibre électrolytique et ce à quoi nous pensons en premier lieu, le taux de sucre dans le sang.

Comme nous pouvons le constater, l'insuline a une mission globale et cruciale pour garder nos cellules en vie et en équilibre. Notre vie moderne avec sa consommation de glucides raffinés et de boissons avec du sucre ajouté a augmenté de manière significative la pression sur les cellules bêta productrices d'insuline dans le pancréas. Les taux d'insuline dans le sang doivent augmenter en même temps que les taux de sucre afin de maintenir le taux de sucre dans le sang dans des limites saines. Nos cellules ne sont cependant pas conçues pour prendre en charge des doses importantes d'insuline et des taux élevés de sucre dans le sang. Les organismes qui peuvent se défendre le font en refusant de laisser entrer le sucre et en augmentant la résistance dans les ports d'insuline. Les cellules du foie sont celles qui principalement prennent en charge l'insuline, créée par le pancréas, et qui sont les premières à devenir résistantes à l'insuline. Le frein sur la production de sucre du foie se relâche et le foie commence à produire un excès de

sucres (glucose). Les cellules musculaires et les cellules grasses, qui sont soumises à l'excès d'énergie sous forme de glucose, stockent l'énergie sous forme de graisse. Il en va de même avec le foie. Une stéatose hépatique peut donc être formée à partir de l'excès d'hydrates de carbone, comme avec l'alcool.

Comment la médecine moderne traite-t-elle cet état de résistance à l'insuline, qui provoque le diabète de type 2 et les maladies chroniques associées au diabète ? En abaissant les niveaux de sucre dans le sang avec plus d'insuline et des médicaments stimulant l'insuline, en plus de traiter les facteurs de risque comme l'hypertension artérielle et le cholestérol. Des changements de style de vie sont également préconisés avec plus ou moins de succès, sous la forme de régimes à faible teneur en calories et d'une augmentation de l'exercice physique. Tout pour provoquer une perte de poids, même temporaire, et en outre une amélioration du taux de cholestérol et de la tension artérielle. Dernièrement il s'agit aussi d'interventions chirurgicales majeures visant à affaiblir l'absorption des aliments dans l'estomac et l'intestin. Il a également été possible d'influer sur les facteurs métaboliques, ce qui a encouragé la chirurgie afin d'atténuer ou de guérir le diabète, à court terme.

Je veux par ce livre souligner l'action logique qui consiste à abaisser les niveaux de sucre dans le sang en réduisant considérablement l'apport en glucides. Cela permet de réduire les besoins en insuline, d'augmenter la sensibilité à l'insuline et ainsi la résistance à l'insuline diminue progressivement. La charge du glucose et de l'insuline sur les vaisseaux et les nerfs baisse et la chaîne des processus inflammatoires diminue. Les dépôts et plaques constitués de

protéines chargées en sucre diminuent. De nombreux organes guérissent successivement, même si tous les organes ne sont pas en mesure de retrouver leur fonction. Il n'existe qu'une seule façon de traiter la cause de la résistance à l'insuline, de l'obésité métabolique et de ses séquelles. Le traitement consiste à réduire la teneur en glucides de l'alimentation jusqu'à obtention d'un effet à long terme sur le sucre dans le sang, la pression artérielle, le cholestérol et le poids et à aider le foie à produire les sucres dont le corps a besoin. Tous ceux qui ont souffert d'une maladie métabolique, gardent une intolérance permanente aux hydrates de carbone. Il faut donc envisager un changement de régime alimentaire à vie. En retour, vous obtiendrez une vie plus saine avec un minimum de médicaments.

Chapitre I

Les causes de l'obésité endémique. Explications admises et explications alternatives.

Compréhension conventionnelle des causes et facteurs de risque de l'obésité endémique. La commission européenne et Livsmedelsverket (Office national de l'alimentation en Suède) ont listé parmi les facteurs les plus importants de risque de morbidité et de décès prématurés, le surpoids et l'obésité, l'hypertension, l'hypercholestérolémie l'hyperglycémie, le manque d'activité physique, et le tabac et l'alcool, tous les facteurs dépendant du style de vie. Selon l'OMS, la surcharge pondérale et l'obésité constituent la cinquième cause de mortalité la plus courante dans le monde, les cas de diabète causent 44 % des décès, les maladies cardiovasculaires 23 % et certains cancers 7 à 41 %. Plus de personnes dans le monde meurent à cause de surcharge pondérale ou d'obésité que d'une insuffisance pondérale. Cela est le cas dans 65 % de tous les pays.

L'humanité pèse 287 millions de tonnes, dont 18,5 millions de tonnes sont la surcharge pondérale. 35 % des adultes de plus de 20 ans dans le monde sont en surcharge pondérale et 11 % sont obèses. 40 millions d'enfants sont en surcharge pondérale ou obèses, dont 30 millions dans les pays en développement et seulement 10 millions en Occident.



Les raisons invoquées sont les suivantes : Des portions de nourriture trop grandes, trop peu de fruits et légumes, trop de sel dans les aliments, trop d'aliments gras, trop de sucre, trop de grignotage entre les repas, trop peu d'exercice, trop de temps assis devant la télévision ou un ordinateur, les commodités modernes comme les voitures, les escaliers

mécaniques et ouvre-portes automatiques. Une sélection génétique dans le développement au bénéfice d'un phénotype qui peut stocker de l'énergie, le « gène thrifty » existe chez 90 % des êtres humains d'aujourd'hui. Une vérité généralement acceptée est que

L'inactivité physique est une cause de l'équilibre énergétique positif et de la prise de poids. C'est pourquoi il est recommandé de faire au moins 30 minutes d'exercice physique 5 jours par semaine, ce qui peut être prescrit par ordonnance (exercice physique sur ordonnance)

Autres hypothèses sur les causes de l'épidémie d'obésité :

La cause génétique :

Le pool génétique humain n'a pas beaucoup changé ces 30 dernières années, ce qui pourrait expliquer l'augmentation brutale de cas de surcharge pondérale et d'obésité, qui selon les statistiques est parallèle à la diminution des aliments riches en matières grasses. La culture égyptienne a été étudiée à travers les momies bien conservées et des rouleaux de papyrus. Les égyptiens souffraient souvent de changements vasculaires sous la forme de plaques d'artériosclérose. L'on sait aujourd'hui qu'ils mourraient jeunes et souffraient à la fois d'hypertension et des maladies cardiaques et étaient obèses. Les silhouettes minces représentées en profil étaient comme les modèles de photos contemporains, pas typiques de la population. L'hygiène dentaire des égyptiens était mauvaise. Ils souffraient souvent d'infections. Leur régime alimentaire est décrit comme un régime méditerranéen typique, avec une forte proportion de glucides « de type lent, riche en fibres, faible en matières grasses et pauvre en cholestérol,

riche en poissons et fruits de mer, petites viandes rouges et volailles. Très similaire au régime méditerranéen qui est souvent préconisée de nos jours ! Leur régime alimentaire n'empêchait pas l'artériosclérose. Pourquoi n'analysons-nous pas mieux les civilisations anciennes ?

Une mutation génétique ne peut donc guère être la cause de l'augmentation de l'obésité. L'ADN a été modifié de 0,02 % au cours des 40 000 dernières années.

Le syndrome métabolique :

Il est généralement admis que l'obésité abdominale, l'hypertension, l'hyperglycémie et l'hypercholestérolémie sont inclus dans le syndrome métabolique, également appelé syndrome de résistance à l'insuline. - Même si plusieurs de ces facteurs de risque sont inclus dans la définition du syndrome de résistance à l'insuline, ces facteurs de risque ne sont que des symptômes de la cause sous-jacente, qui est,

Le développement d'une résistance à l'insuline.

Il est bien connu que ce sont principalement les hydrates de carbone dans les aliments qui déclenchent la sécrétion d'insuline. Les consommations excessives de glucides sont stockées sous forme de graisse grâce à l'insuline et aux hormones et enzymes contrôlées par l'insuline. Des niveaux élevés d'insuline empêchent la combustion des graisses. La consommation de matières grasses et de cholestérol facilitent la combustion des graisses, si les niveaux d'insuline ne sont pas trop élevés. Le développement de la résistance à l'insuline peut se produire pendant la vie fœtale

par des niveaux élevés d'insuline de la mère, en raison de la forte consommation d'hydrates de carbone avant et pendant la grossesse, transférés à travers le placenta au bébé, qui développe une résistance à l'insuline et est né avec. Les mères de grande taille ont de grands enfants.

Pas vraiment génétiquement, mais de façon acquise !

Après la naissance une résistance à l'insuline se développe par le fait que nos corps sont exposés à des niveaux élevés de sucre dans le sang une grande partie de la journée ou de la nuit.

Une grande consommation de sucres raffinés et de féculents raffinés

entraîne une sollicitation excessive de nos cellules productrices d'insuline dans le pancréas. Le travail de l'insuline n'est pas principalement d'abaisser la glycémie, ce qui est pourtant généralement le premier objectif qui vient à l'esprit. La tâche globale de l'insuline est de distribuer l'énergie entre nos cellules et d'assurer une croissance normale et la régénération de nos cellules. Nos cellules munies de récepteurs à insuline sont insensibilisées par des niveaux élevés d'insuline et se protègent contre les forts taux de glucose. Nous ne disposons que d'une hormone hypoglycémiante, l'insuline, mais plusieurs hormones hyperglycémiantes telles que le glucagon, l'hormone de croissance, l'adrénaline et le cortisol.

Au début de l'évolution il n'était pas aussi nécessaire de réduire le taux de glycémie,

il était plus important d'augmenter le taux de glycémie pour repousser les périodes de famine et rendre le corps prêt pour la bataille parallèlement au développement de la résistance à l'insuline se développe également la résistance à la leptine. Les niveaux de leptine peuvent être élevés, mais

les signaux de satiété sont inactivés,

tant localement dans l'intestin qu'au niveau du cerveau. Réf. Byron J. Richards : The Leptin Diet, Bokia. L'activité physique n'aide pas : Le corps doit d'abord utiliser les hydrates de carbone et le glycogène disponibles et commence à brûler les graisses après environ 45 minutes, ou pendant la période de jeûne avant le petit déjeuner. Dès que nous cessons de faire des efforts le foie reprend sa combustion de glucose habituelle. Le corps veut remplacer l'énergie perdue après l'effort, et émet des signaux de faim. Les niveaux de leptine dans le sang diminuent.

La consommation d'énergie après l'effort n'est pas un facteur indépendant par rapport à l'apport d'énergie à travers l'alimentation.

Chapitre II

La première loi de la thermodynamique. La deuxième loi de la thermodynamique. Calories. Métabolisme de base. Thermogénèse.

Vérité généralement admise :

La première loi de la thermodynamique L'apport calorique (Q) doit être égal à la dépense calorique (W) si le poids reste constant. Il en résulte que la différence positive entre l'apport calorique et la dépense (ΔU), est stockée dans le corps et augmente le poids. $\Delta U = Q - W$.

L'obésité est un problème dû à l'augmentation de l'apport en énergie et le manque d'équilibre énergétique. L'apport en énergie se produit à travers l'alimentation. Les dépenses résultent de la consommation d'énergie sous forme de métabolisme de base, de thermogénèse et d'activité physique.

Le taux métabolique basal diminue lorsque vous perdez du poids en suivant un régime hypocalorique équilibré. Après deux mois, il a diminué de 5 pourcent. Lorsque le poids a réduit de 4 kg, cela correspond habituellement 2 kg de graisse et 2 kg de muscle en moins. Il est facile de devenir victime des régimes yo-yo, en raison de la perte de masse musculaire. L'entraînement physique et l'apport en protéines de 20 % vont contrecarrer cet effet.

La deuxième loi de la thermodynamique L'énergie ne peut être transférée d'une forme à une autre sans perte d'énergie. Sinon nous serions en mesure de créer des machines à mouvement perpétuel. Tous les systèmes

biologiques subissent des pertes d'énergie. Le rendement n'est pas de 100 pourcent L'être humain n'est pas une machine simple.

Calories. L'expression « une calorie est une calorie » est devenue un axiome, qui commence à être remis en question.

Définition : L'énergie nécessaire pour augmenter la température d'une quantité donnée d'eau de 1 ° C. Dépend de la pression atmosphérique et de la température de départ.

1g de protéine contient donne 4 kcal

1g d'hydrates de carbone contient donne 4 kcal.

1g de matière grasse contient donne 9 kcal

1g d'alcool contient donne 7 kcal.

Métabolisme de base. La quantité de calories que votre corps utilise au repos par jour pour le maintien des fonctions de l'organisme. Le taux métabolique basal diminue avec l'âge, de 2 à 3 pourcent tous les 10 ans à l'âge adulte. Le taux métabolique basal peut être mesuré, entre autres, par impédancemétrie. Cette dernière peut être utilisée pour calculer le nombre de calories que la personne peut manger pour maintenir ou réduire son poids. Avoir un métabolisme de base élevé est considéré comme bon. On dépense alors plus de calories au repos déjà, et il est plus facile de perdre du poids. Beaucoup de poudres de protéines et de médicaments sont utilisés ou ont été utilisés pour perdre du poids rapidement en augmentant le métabolisme.

Thermogénèse. Cela correspond à la chaleur générée par la combustion des calories. Les protéines génèrent le plus de chaleur en tant que sous-produit de l'approvisionnement en énergie du corps. On pourrait dire que les protéines sont le