

NADIA BRITO PATEGUANA  
JASON FUNG

EDITURA PARALELA 45

SINDROMUL  
OVARELOR  
POLICHISTICE

Redactare: Dașa Suci  
Tehnoredactare & DTP copertă: Mihail Vlad  
Corectură: Mihaela Cosma  
Pregătire de tipar: Marius Badea

Ilustrația copertei: Giuseppe\_R/shutterstock.com

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

**PATEGUANA, NADIA BRITO**

**Sindromul ovarelor polichistice: planul de prevenire și vindecare**

**prin alimentație și post intermitent** / dr. Nadia Brito Pateguana, dr. Jason

Fung; trad. din lb. engleză de Ianina Marinescu. - Pitești : Paralela 45, 2021

ISBN 978-973-47-3372-9

I. Fung, Jason

II. Marinescu, Ianina (trad.)

61

*The PCOS Plan. Prevent and Reverse Polycystic Ovary Syndrome  
through Diet and Fasting*

Jason Fung, Nadia Brito Pateguana

Copyright © 2020 by Nadia Brito Pateguana and Jason Fung

First published by Greystone Books Ltd., 343 Railway Street, Suite 302,

Vancouver, B.C., V6A 1A4, Canada

Romanian edition published by arrangement with Livia Stoia Literary Agency

Copyright © Editura Paralela 45, 2021

Prezenta lucrare folosește denumiri ce constituie mărci înregistrate, iar conținutul este protejat de legislația privind dreptul de proprietate intelectuală.

[www.edituraparelela45.ro](http://www.edituraparelela45.ro)

Dr. NADIA BRITO PATEGUANA  
Dr. JASON FUNG

# SINDROMUL OVARELOR POLICHISTICE

Planul de prevenire și vindecare  
prin alimentație și post intermitent

Traducere din limba engleză de  
Ianina Marinescu

Editura Paralela 45

# CUPRINS

---

Introducere: Diversele fațete ale sindromului ovarelor polichistice .....	7
<b>PARTEA ÎNTÂI. Ce este sindromul ovarelor polichistice?</b> .....	15
1. Diabetul și femeile cu barbă .....	16
2. Spectrul bolii: ce este și ce nu este SOP .....	23
3. Cine se îmbolnăvește de SOP? .....	33
<b>PARTEA A DOUA. SOP și rolul hormonilor</b> .....	45
4. Ce știm despre obezitate .....	46
5. Insulina: veriga de legătură dintre SOP și obezitate .....	62
6. Insulina și hiperandrogenismul .....	68
7. Insulina, ovarele polichistice și anovulația .....	75
8. Să înțelegem cauzele rezistenței la insulină .....	83
<b>PARTEA A TREIA. Cum nu se tratează SOP</b> .....	97
9. Medicamente și operații chirurgicale .....	98
10. Diete hipocalorice și exerciții fizice .....	107
<b>PARTEA A PATRA. Cum se tratează eficient SOP</b> .....	119
11. Alimentația optimă pentru SOP .....	120
12. Recomandări practice și rețete pentru femeile care suferă de SOP .....	131
Rețete cu un conținut scăzut de carbohidrați .....	169
Note .....	215

# INTRODUCERE

---

## Diversele fațete ale sindromului ovarelor polichistice

Am reputația că ajut oamenii să aibă copii. De fapt, femeile care ajung la mine vin tocmai pentru că au auzit de la prieteni sau colegi: „Ai grijă, nu te duce la doamna doctor Nadia decât dacă vrei să rămâi gravidă.“ Pentru cuplurile care au probleme de fertilitate, o sarcină este un bine-venit miracol! Practic de mai bine de 15 ani medicina naturistă și le ajut în mod special pe femeile cu sindromul ovarelor polichistice (SOP) să scape de infertilitate prin modificări alimentare.

Sindromul ovarelor polichistice este cea mai întâlnită tulburare de reproducere din lume. În funcție de criteriile de diagnostic utilizate, se estimează că aceasta afectează pe plan mondial un procent cuprins între 8-20% dintre femeile aflate la vârsta reproducerii.<sup>1</sup> Dintre pacientele diagnosticate cu SOP, 40% suferă de infertilitate, iar 90-95% dintre femeile care vin la clinicile de fertilitate pentru că nu pot rămâne însărcinate din cauza lipsei ovulației suferă de sindromul ovarelor polichistice.

Dar preocuparea mea, devenită aproape o obsesie, pentru SOP, fertilitate și alimentație nu este doar de natură profesională, ci și profund personală. Am devenit medic naturist după ce, în tinerețe, m-am confruntat cu sindromul intestinului iritabil. Medicina convențională nu mi-a fost de folos, dar am găsit o oarecare alinare cu ajutorul medicinei naturiste.

În anul 2004, am absolvit Colegiul Canadian de Medicină Naturistă și m-am mutat înapoi în Mozambic, țara mea natală, cu gândul de a veni, în cooperare cu Ministerul Sănătății, în ajutorul comunităților sărace. Speram să învăț din medicina tradițională locală, pentru a-mi completa educația în domeniul medicinei naturiste. Totuși, politica din Mozambic e complicată, și nu e deloc simplu să obții un job în cadrul ministerului. Am bătut la multe uși, dar am fost refuzată în mod repetat (iar uneori fără prea multă politețe).

În cele din urmă, am solicitat o audiență la însuși Ministrul Sănătății și, după ce s-a uitat pe CV-ul meu și mi-a ascultat povestea, mi-a acordat o licență de a practica medicina naturistă într-o clinică privată. Mi-a recomandat să mă duc la Maputo, capitala Mozambicului și orașul în care m-am născut, unde mi-a zis că e probabil să mă descurc mai bine. M-am simțit înfrântă că nu mi-am putut urma planul inițial, dar, fără multe alternative și nedorind să-i întorc spatele țării mele natale, am făcut așa cum mi-a sugerat ministrul.

La început, m-am temut că nu am prea multe de oferit. Cu toate acestea, spre surprinderea mea, după șase luni, aveam programări până la refuz. În loc să-i tratez pe cei săraci și malnutriți, aveam clienți bogați și supraponderali care sufereau de multe dintre bolile care îi afectează și pe cei din emisfera occidentală – așa-numitele „boli ale civilizației“, printre care diabetul de tip 2, afecțiunile cardiovasculare, cancerul și sindromul metabolic. Sufereau de boli „occidentale“ pentru că alimentația lor era modelată după alimentația americană standard, iar principala preocupare era să slăbească.

Pe vremea aceea, Mozambicul era considerat cea mai săracă țară din lume și avea unele dintre cele mai ridicate rate ale malnutriției. Dar pe când cei din zonele rurale făceau foamea, cei din zonele urbane erau ghiftuiți. Restaurantele fast-food, cum ar fi KFC și pizzeriile, invadaseră orașele, iar Coca-Cola era peste tot! Încă de la început, practica mea medicală s-a concentrat aproape exclusiv asupra nutriției, alimentației și procesului de slăbire.

Instruirea mea în domeniul naturist nu mă pregătise cu adevărat pentru această situație, căci studiasem doar foarte puțin nutriția, dar, fiind singurul medic naturist din Maputo, am făcut tot ce mi-a stat în putință. Pe baza pregătirii mele medicale și a unor reguli de bun simț, am creat planuri alimentare pentru clienții mei. Mozambicanii sunt niște oameni minunați și iertători și au fost dispuși să încerce orice le propuneam. Eram

foarte slabă și credeau că există o legătură între ceea ce mănânc și greutatea mea corporală.

Acum îmi dau seama că alimentația mea nu era deosebit de sănătoasă, iar constituția slabă era probabil o consecință a geneticii și a faptului că eram foarte mofturoasă la mâncare și mâncam sporadic. În copilărie, nu-mi plăceau carnea și legumele, așa că ronțăiam toată ziua câte ceva. Am supraviețuit cu bomboane, fructe, pâine, cola și cafele cu lapte pline de zahăr. Dacă mă așezam la masă cu familia mea, mâncam cereale rafinate cu un pic de sos, beam apoi o cola și după aceea mâncam niște fructe. Seara mă duceam la culcare cu pungă de bomboane, iar dimineața îmi începeam ziua cu o cafea cu lapte și pâine prăjită. După doar două ore mă simțeam slăbită și mâncam un fruct sau și mai multe bomboane. Am crezut dintotdeauna că sufăr de hipoglicemie, adică nivel scăzut de glucoză în sânge, și-atunci obiceiul de a mânca ceva dulce o dată la câteva ore părea să aibă sens. Habar nu aveam că după 30 de ani urma să fac sindrom metabolic. Abia după aceea am învățat să mănânc ca lumea.

Printre primii mei pacienți din această comunitate restrânsă și unită din Mozambic a fost o femeie sud-africană pe nume Charise care voia să slăbească. Era de mult timp dependentă de băuturile carbogazoase și voia să se „detoxifice“, așa că i-am recomandat o alimentație despre care credeam că o poate ajuta. După câteva luni, Charise și soțul ei Johann au făcut o programare. De obicei o vedeam doar pe Charise și am fost un pic îngrijorată cu privire la motivele pentru care veneau amândoi. Când au ajuns, Johann mi-a dat vestea că Charise e însărcinată! S-a emoționat în timp ce-mi povestea că în primii șase ani de căsnicie nu au reușit să facă un copil. Trecuseră prin mai multe încercări costisitoare de fertilizare in vitro, dar fără succes și, în cele din urmă, acceptaseră faptul că nu vor aduce pe lume propriul lor copil biologic. În schimb, adoptaseră bucuria un bebeluș care avea acum șapte ani. Dar, „în mod miraculos“, așteptau acum primul lor copil biologic. Johann era convins că „dieta mea de detoxificare“ era motivul pentru care reușiseră. În cele trei luni anterioare, Charise adoptase o alimentație strictă fără zahăr, eliminând chiar și sursele „sănătoase“, precum fructele și sucurile naturale. Pusese accentul în alimentație pe proteine și grăsimi sănătoase, ca ulei de cocos, avocado, ouă, unt și ulei de măsline. Copleșiți de bucurie, veniseră la mine ca să-mi mulțumească.

Mai târziu, Charise a suferit un avort spontan și a pierdut copilul. Dar, „în mod miraculos“, a rămas pentru a doua oară însărcinată și a născut un băiețel sănătos. Johann a vrut să înțeleagă legătura neașteptată dintre dieta inovatoare și fertilitatea lor regăsită, dar nu aveam o explicație în acest sens. La începutul carierei mele nici eu nu am știut cum de-a rămas Charise dintr-odată însărcinată. Pur și simplu nu am înțeles legătura profundă dintre alimentație și fertilitate. Dintr-o perspectivă practică, chiar nici nu conta: le-am explicat pur și simplu pacienților că, uneori, câteva kilograme mai puțin și „detoxificarea“ îi pot ajuta să aducă pe lume un copilăș.



Nadia, Mozambic, 2005 (28 de ani)

La 30 de ani eram un „dietetician“ de succes din Mozambic. Toată lumea din oraș o știa pe „doamna doctor Nadia“, căci ajutasem multă lume să slăbească și să-și țină sub control diabetul cu ajutorul „alimentației de bază“ pe care o recomandam și al unei „detoxificări“ ocazionale. Dar eu, personal, nu am urmat niciuna dintre aceste diete. Am continuat să-mi mănânc bomboanele și să-mi beau sticlele de cola. La sfârșitul anului 2008, când eu și soțul meu am vrut să facem un copil, felul în care mâncam și-a spus cuvântul și am început să mă îngraș. Problema mea cu acneea, pe care o aveam de-o viață, s-a agravat. Medicul m-a asigurat că eram slabă, sănătoasă și în formă pentru a avea un copil, dar, lună de lună, aveam în continuare ciclul menstrual. După care plângeam zile la rând și mă simțeam



---

## Diabetul și femeile cu barbă

Sindromul ovarelor polichistice (SOP) a ajuns să fie considerat o boală abia în secolul trecut, dar este de fapt o tulburare din vremuri străvechi. Descrisă inițial ca o curiozitate ginecologică, este în prezent cea mai comună tulburare endocrină a femeilor tinere și se știe că implică mai multe sisteme organice.

### PRIMELE DEFINIȚII

În Grecia Antică, Hipocrate (460-377 î.Hr.), părintele medicinei moderne, a dat o descriere: „Femei care au o menstruație mai scurtă de trei zile sau insuficientă, sunt robuste, cu un ten sănătos și un aspect masculin; totuși, nu le interesează să aibă copii și nici nu rămân gravide.”<sup>1</sup> Această descriere a SOP nu a existat numai în Grecia Antică; se regăsește în textele medicale străvechi din întreaga lume.

Soranus din Efes (circa 98-138 d.Hr.), ginecolog din Grecia Antică, a observat că „majoritatea acelor [femei] fără menstruație sunt mai degrabă robuste, ca niște femei băiețoase și sterile.” Ambroise Paré (1510-1590), bărbier, chirurg și obstetrician renașcentist francez, nota că multe femei infertile cu menstruații neregulate sunt „voinice sau masculine; de aceea, vocea lor este răsunătoare și puternică precum a unui bărbat și le crește

barbă.“ Este o descriere foarte exactă, venită de la un doctor care putea să-ți taie părul, să-ți taie piciorul sau să te asiste la naștere. Omul de știință italian Antonio Vallisneri (1661-1730) a reunit aceste trăsături masculine și forma anormală a ovarelor într-o boală de sine stătătoare, descriind mai multe țărănci tinere, căsătorite și infertile ale căror ovare aveau o suprafață lucioasă și dimensiunea unor ouă de porumbel.<sup>2</sup>

În anul 1921, medicii francezi Émile Charles Achard și Joseph Thiers au descris un sindrom care includea trăsături masculine (acnee, chelie sau retragerea liniei părului, păr facial excesiv) și diabetul de tip 2 (care se numea înainte diabet cu debut la maturitate). Alte cazuri din 1928, descrise în articolul clasic „Diabetes of Bearded Woman“\*, au cimentat legătura dintre ceea ce se cheamă acum SOP și diabetul de tip 2.<sup>3</sup> Observațiile atente făcute de acești clinicieni perspicace le dezvăluiseră un sindrom care includea, alături de diabetul de tip 2, menstruații neregulate, infertilitate, trăsături masculine și obezitate. Singura caracteristică esențială pe care au omis-o din definiția modernă a SOP sunt chisturile multiple la nivelul ovarului, iar asta doar pentru că le lipsea posibilitatea de a efectua teste imagistice simple, non-invazive.

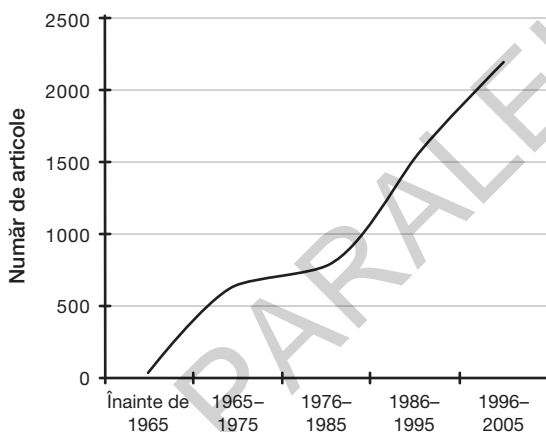
## DEPISTAREA ȘI DESCRIEREA SOP ÎN EPOCA MODERNĂ

Medicii Irving Stein și Michael Leventhal au inaugurat în 1935 epoca modernă a SOP, odată cu descrierea unui număr de șapte femei având toate caracteristicile diagnosticului actual: masculinizare, menstruații neregulate și ovare polichistice.<sup>4</sup> Făcând legătura între lipsa menstruației și prezența unor ovare mărite, au făcut o descoperire prin reunirea acestora într-un singur sindrom: SOP. Depistarea unor ovare chistice mărite era dificilă în anii 1930, iar Stein și Leventhal reușeau asta fie prin observație chirurgicală directă (laparotomie), fie prin folosirea unei tehnici radiologice în prezent ieșită din uz și numită pneumo-roentgenografie, ce presupunea o incizie în abdomen pentru introducerea aerului și apoi realizarea unei radiografii. Pe film se putea vedea umbra unui ovar mărit. Totuși, într-o epocă fără antibiotice eficiente, această procedură era riscantă.

---

\* „Diabetul și femeile cu barbă“ (engl. în original). (*N. trad.*)

Dr. Stein a emis ipoteza că unele dezechilibre hormonale deocamdată nedeterminate făceau ca ovarele să se umple de chisturi și a sugerat că îndepărtarea chirurgicală a unei bucăți din ovar putea ajuta la atenuarea sindromului. Și, într-adevăr, această operație chirurgicală primitivă a avut efect. Tuturor celor șapte femei le-a revenit menstruația, iar două dintre ele chiar au rămas însărcinate. Odată definite caracteristicile sale principale, interesul pentru SOP a crescut spectaculos, după cum o reflectă și numărul mare de articole despre SOP din literatura medicală.

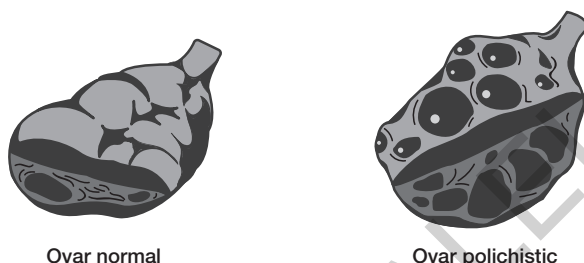


**Figura 1.1.** Numărul de articole despre SOP din literatura medicală (MEDLINE)<sup>5</sup>

Ca urmare, doctorii Stein și Leventhal au realizat rezecții chirurgicale pe alte 75 de femei, redând ciclul menstrual unui număr echivalent cu 90% dintre cazuri și fertilitatea – unui număr echivalent cu 65%.<sup>6</sup> Definirea sindromului și stabilirea unui tratament rezonabil au fost o realizare atât de mare, încât această boală a devenit cunoscută drept Sindromul Stein-Leventhal. Totuși, odată cu apariția soluțiilor medicale moderne, în special a medicamentului citrat de clomifen, în prezent se mai practică doar rareori îndepărtarea unei părți din ovar.

În anii 1960 și 1970, îmbunătățirea analizelor de laborator a permis o depistare mai ușoară a anomaliilor hormonale tipice asociate cu SOP. Cercetătorii au descoperit că un exces de hormoni sexuali masculini, numiți *androgeni*, dintre care testosteronul este cel mai cunoscut, cauzează aspectul masculin la femei. Trăsăturile asociate cu un nivel excesiv de hormoni

androgeni, ca acneea, tiparul masculin de cădere a părului și creșterea părului facial, sunt adesea evidente la femei, dar măsurarea nivelului acestor hormoni nu este atât de utilă pentru diagnosticarea SOP pe cât s-ar putea crede. Nivelurile de hormoni androgeni la femeile cu SOP sunt numai foarte puțin crescute și variază pe parcursul zilei și al ciclului menstrual, de aceea este dificil de pus diagnosticul de SOP doar în funcție de analiza biochimică.



**Figura 1.2.** Un ovar normal în comparație cu ovarul polichistic.

Preluat din *Polycystic Ovary Syndrome*, ediția a II-a, Gabor T. Kovacs și Robert Normal, © Cambridge University Press, 2007. Reprodușă cu permisiunea deținătorului drepturilor de autor, prin intermediul PLSclear.

În anii 1980, disponibilitatea tot mai mare a ecografiilor în timp real a revoluționat diagnosticul de SOP, căci asta a însemnat că laparotomia nu mai era necesară pentru a confirma ovarele mărite. În anul 1981, a fost standardizată definiția ecografică a ovarelor polichistice, iar asta le-a permis cercetătorilor să compare cu ușurință diversele cazuri.<sup>7</sup> Ajustări ulterioare au inclus introducerea ecografiei transvaginale (o ecografie care se face cu sonda introdusă în vagin), care depășește cu mai mare precizie chisturile ovariene, deoarece sonda este mai aproape de ovare. Această tehnologie a clarificat în scurt timp faptul că multe femei, de altfel normale, aveau, la rândul lor, chisturi multiple la nivelul ovarelor. De fapt, aproape un sfert dintre femeile aflate la vârsta reproducerii au ovare polichistice fără vreun alt simptom. Prin urmare, este important să se facă distincția între prezența ovarelor polichistice și sindromul ovarelor polichistice.

Anii 1980 au fost și martorii unei revoluții a modului nostru de a înțelege cauzele de la baza SOP. Cauza principală a bolii a fost atribuită inițial unei expuneri excesive a embrionilor de sex feminin la hormoni androgeni, dar această ipoteză a fost în cele din urmă respinsă. În schimb, tot mai multe studii au făcut legătura între SOP și hiperinsulinemie, adică „prea multă

## Cine se îmbolnăvește de SOP?

Prevalența sindromului ovarelor polichistice, stabilit pe baza criteriilor NIH, este de 6-9%, cu o rată uluitoare de asemănătoare la nivel global.<sup>1</sup> Pe baza criteriilor Rotterdam, această rată este de circa 15-20% dintre femei. Asta face ca SOP să fie de departe cea mai comună tulburare endocrină (hormonală) a femeilor tinere. Ea afectează aproximativ una din 15 femei din Statele Unite, iar în Spania, Grecia și Regatul Unit proporțiile sunt similare. La nivel mondial, se estimează că sunt afectate 105 milioane de femei aflate la vârsta reproducerii.

### GENETICA ȘI SOP

În încercarea de a înțelege de ce unele persoane fac SOP, iar altele nu, cercetătorii încep de regulă să caute influențe genetice. Un studiu olandez de mare anvergură, în care au fost comparate serii de gemeni identici și serii de gemeni fraterni, a arătat că aproximativ 70% dintre cazurile de SOP pot fi puse pe seama influențelor genetice.<sup>2</sup> Un studiu american a arătat că fiicele pacientelor diagnosticate cu SOP sunt mai predispușe să dezvolte simptome, un procent estimativ de 22% încadrându-se în criteriile de diagnostic.<sup>3</sup> Alte 24% dintre fiice aveau hiperandrogenism, dar

cicluri menstruale regulate, indicând probabilitatea ca și ele să aibă o formă ușoară de SOP. Într-un alt studiu, mamele pacientelor diagnosticate cu SOP aveau un nivel mai ridicat de hormoni androgeni, rezistență la insulină și sindrom metabolic.<sup>4</sup> Rudele de gradul întâi, de sex masculin sau feminin, sunt mai predispuse să prezinte semne de rezistență la insulină. În pofida acestor tendințe genetice puternice, nu a fost identificată nicio genă unică drept factor cauzal. Asta arată că SOP este o tulburare genetică mai complexă, în care mai multe gene contribuie câte puțin la gradul de risc.

## RISCURI DE ÎMBOLNĂVIRE ASOCIATE CU SOP

Dacă SOP ar însemna doar acnee și câteva menstruații întârziate, atunci n-ar fi chiar atât de rău. Din păcate, SOP se asociază cu multe probleme de sănătate, atât reproductive, cât și generice.<sup>5</sup> Problemele reproductive sunt:

- cicluri anovulatorii
- infertilitate
- tulburări în timpul sarcinii
- probleme fetale.

Alte probleme importante de sănătate sunt:

- boli cardiovasculare
- boala ficatului gras non-alcoolic (FGNA)
- apnee de somn
- anxietate și depresie
- cancer
- diabet de tip 2
- sindrom metabolic.

Acestea sunt unele dintre cele mai fatale boli din lume, incluzând două dintre principalele cauze de deces din America: bolile cardiovasculare și cancerul. SOP nu este pur și simplu un disconfort; este un important factor de avertizare în privința riscurilor. Din acest motiv merită să ne uităm îndeaproape la aceste afecțiuni, cu scopul de a încerca să înțelegem care este legătura lor cu SOP.