

Il Glicocalice nella Diagnosi Semeiotico-Biofisico-Quantistica di Terreno Oncologico di Di Bella.

*Sergio Stagnaro**

**“Nothing rests; everything moves; everything vibrates.”
The Kybalion.**

Introduzione.

La Semeiotica Biofisica Quantistica (1, 2), per la prima volta clinicamente, ha reso possibile la valutazione anatomo-funzionale, del glicocalice, prima nella cellula beta delle isole di Langherans e i quelle degli organi bersaglio dell’insulina, (3-9) e successivamente nelle cellule di tutti i sistemi biologici, inclusi i centri neuronali diencefalici del Sistema Psico-Neuro-Endocrino-Immunitario, alla base del Terreno Oncologico di Di Bella (2).

Notoriamente, il glicocalice è un mantello che riveste la membrana cellulare e mostra una struttura complessa costituita prevalentemente da glicoproteine, glicolipidi e glucosaminoglicani, il cui principale rappresentante è l’acido ialuronico, sintetizzato nella cellula stessa ad opera di tre differenti complessi enzimatici (3, 6, 7). Dal punto di vista funzionale, il glicocalice fa parte della cellula, da un lato, e del tessuto interstiziale, dall’altro.

E’ opportuno ricordare che nel glicocalice, il cui diametro è generalmente il doppio di quello della membrana cellulare, ondeggiano come antenne i numerosi recettori cellulari, inclusi quelli ormonali, stimolati dai loro effettori, secondo due fasi differenti e successive, da me scoperte e descritte in un precedente articolo (8, 9). La prima fase, di natura catalitica, è simultanea all’apertura del tratto relativo del n-DNA finalizzata all’informazione necessaria per la sintesi del relativo ormone al momento iniziale della sua liberazione, provocata dal medico in modi differenti (8, 9).

La seconda fase, più lenta ma prolungata, è rappresentata dal legame dell’ormone al suo recettore cellulare, con l’attivazione delle relative vie post-recettoriali, come insegna la Medicina ortodossa, accademica.

Il glicocalice partecipa attivamente, agevolandolo od ostacolando in base alla sua attuale struttura, al movimento di numerose sostanze di vitale importanza, inclusa l’acqua e gli elettroliti, che dalla cellula si spostano in direzione dell’interstizio e dei microvasi e viceversa.

La cellula forma e rinnova continuamente il suo glicocalice, la cui struttura e funzione dipende ovviamente dal modo di essere e di funzionare della cellula stessa, rivelato dal comportamento dell’ia rispettiva unità microvascolotessutale, in accordo alla Teoria dell’Angiobiopatia (1-6).

In precedenti lavori ho dimostrato che, nella storia naturale del diabete mellito, caratterizzata da 5 Stadi secondo la Semeiotica Biofisica Quantistica, a seguito di precoci alterazioni geneticamente dirette della beta-cellula e delle cellule bersaglio dell’insulina, per esempio, la cellula muscolo-scheletrica, la funzione del glicocalice in questi tessuti appare alterata ad iniziare dal primo decennio di vita, in media intorno ai 5 anni, caratterizzando il II Stadio del DM, che colpisce soggetti a Reale Rischio Diabetico, dipendente dalla rispettiva costituzione (3-5), agevolando la diagnosi clinica del DM (6).

Nel lavoro è descritto un raffinato metodo per la valutazione del glicocalice delle cellule neuronali dei nuclei nervosi di encefalici alla base del Terreno Oncologico (1, 2), in particolare del SST-RH (Fig.1).

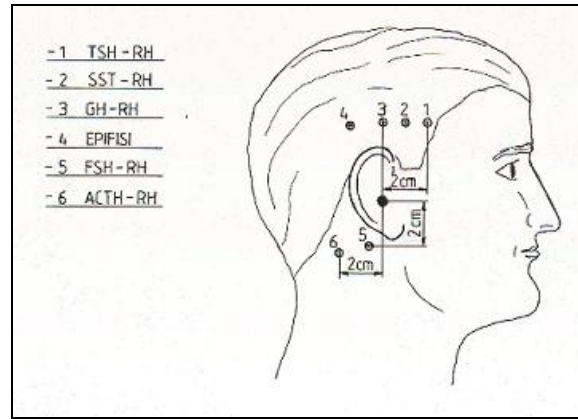


Fig.1

Nella figura sono indicati i trigger-points dei vari centri neuronali alla base del Terreno Oncologico

A partire dal primo decennio di vita, in media intorno ai cinque anni, con la SBQ si osservano tipiche alterazioni funzionali del glicocalice nei centri neuronali sopra riferiti, in individui con Reale Rischio Congenito tumorale, dipendente dal Terreno Oncologico.

Come noto, struttura e funzione rappresentano i due poli della stessa equazione: è impensabile modificare l'uno senza alterare l'altro.

Valutazione clinica del glicocalice oncologico.

Di seguito descrivo la raffinata valutazione del glicocalice oncologico, destinata ai medici esperti nella SBQ. Alla fine, segue la descrizione dettagliata di un semplice metodo, applicabile da parte di chi conosce almeno la percussione ascoltata dello stomaco (1, 2), illustrata nel mio sito, alla Pagina Tecnica N° 1.

Nel soggetto sano, a riposo, in posizione supina, con gli occhi aperti per ridurre al minimo la secrezione di melatonina epifisaria, la microcircolazione nel SST-RH, valutata come fluttuazione dei riflessi ureterali sia superiori (*vasomotility* = piccole arterie ed arteriole, secondo Hammersen) sia inferiori (*vasomotion* = capillari e venule post-capillari), mostra i fisiologici valori parametrici (Fig. 2).

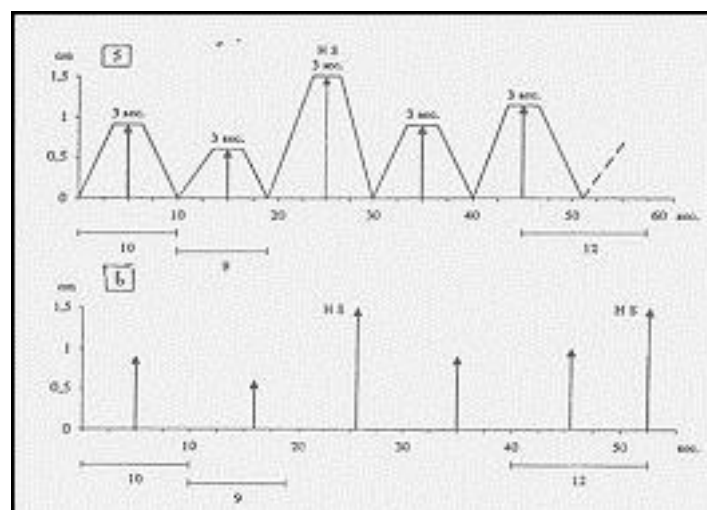


Fig. 2

Microcircolazione normale, a riposo: si noti il caos deterministico delle fluttuazioni ureterali, imprevedibili, stocastiche, aleatorie con AL+PL+DL di sei secondi e la presenza di fisiologiche Highest Spikes (Intensità = 1, 5) dopo due fluttuazioni "normali", intermedie,

Tuttavia, solo nell'individuo sano, senza TO, la stimolazione mediante melatonina endogena (= *Test* degli occhi chiusi: l'esaminando chiude rapidamente gli occhi) provoca la "simultanea" accentuazione sia della intensità sia della durata di AL+PL+DL, a dimostrazione che la prima fase di attivazione recettoriale (recettori M1 e 2, dei neuroni nel centro per il SST-RH), di natura catalitica, avviene fisiologicamente.

L'esaminando è poi invitato a chiudere gli occhi nel preciso momento in cui l'onda di *vasomotility*, giunta al termine del PL, sta per iniziare la fase discendente terminale, PL. In pratica, 5 sec. dopo l'inizio della fluttuazione. Si osserva un netto incremento "simultaneo" dell'intensità della oscillazione, la cui durata si allunga a 8-9 sec. (NN = 6 sec.).

Al contrario, nel soggetto apparentemente sano, ma positivo per il TO, nelle stesse condizioni sperimentali sopra descritte, l'onda continua il suo normale decorso, compiendo la DL, a cui segue la scomparsa della fluttuazione. La successiva oscillazione mostra un incremento dell'intensità in vero non intenso, non significativo, la cui durata che non supera i 7 sec., rivelando l'alterata composizione del glicocalice oncologico, alla base del comportamento patologico dei recettori melatoninici, M1 ed M2.

La seguente esperienza clinica, di facile applicazione, corrobora i dati riferiti in modo veramente semplice, offrendo al Medico non sufficientemente esperto in SBQ la possibilità di valutare clinicamente l'attività del glicocalice, monitorandola sotto terapia..

Nel sano, si valuta il tempo di latenza di base del riflesso SST-RH – gastrico aspecifico (= ossigenazione tessutale: NN = 8 sec.) e la sua durata, fisiologicamente maggiore di 3 sec. e minore di 4 sec., corrispondente sia alla Riserva Funzionale Microcircolatoria sia alla fD, dimensione frattalica (1-10).

La seconda valutazione di questi parametri è attuata "contemporaneamente" all'inizio del *test degli occhi chiusi* (= stimolazione della secrezione di melatonina endogena epifisaria) permette di osservare, nel sano, il raddoppiamento del tempo di latenza (NN = 8 sec.), espressione dell'attivazione microcircolatoria efficace, "simultanea" alla chiusura degli occhi, riferita sopra.

Al contrario, nel soggetto con TO le stesse condizioni sperimentali non permettono di raggiungere una ottimale ossigenazione del centro neuronale per il SST-RH a causa della alterazione, di natura genetica alla base del TO, di cui la sofferenza del glicocalice è la palese testimonianza.

Appare interessante la correlazione tra struttura/funzione del glicocalice e fisiologia/patologia della relativa cellula. Se il glicocalice reagisce fisiologicamente ad uno stimolo significa che la composizione cellulare che lo ha strutturato è immune da difetti geneticamente provocati, permettendo al medico di escludere danni geneticamente provocati (1, 2).

Conclusioni.

Nel lavoro è descritto un metodo semeiotico-biofisico-quantistico assai raffinato di valutazione del glicocalice che apre originali vie alla ricerca in Medicina.

Interessante il fatto che il medico sprovvisto di una sicura conoscenza della Semeiotica Biofisica Quantistica, conoscendo la sola Percussione Ascoltata dello stomaco, è in grado di procedere alla

affidabile valutazione del glicocalice utilizzando un metodo più semplice e pratico, ma affidabile, riferito nell'articolo.

La possibilità di valutare struttura/funzione del glicocalice in qualsiasi sistema biologico, resa possibile per la prima volta clinicamente dalla SBQ, prevedo che rappresenterà un momento significativo per la Fisiologia, Fisiopatologia, Patologia e soprattutto per la Clinica.

Dopo la valutazione del glicocalice diabetico (3-5), la cui alterazione è tipica del II Stadio del DM, nell'articolo è illustrata la caratteristica alterazione del glicocalice oncologico, a dimostrazione che oggi possiamo studiare importanti eventi di biologia cellulare, in condizioni sia fisiologiche sia patologiche, mediante la valutazione del glicocalice in determinate cellule con positive ripercussioni nella diagnostica.

Le varie costituzioni della SBQ con i rispettivi Reali Rischi Congeniti, da esse dipendenti, *conditio sine qua non* delle relative patologie, devono essere oggetto di particolare attenzione da parte del medico, momento iniziale della evoluzione patologica, caratterizzato dalla compromissione funzionale del corrispondente glicocalice.

Ne consegue la possibilità di riconoscere *bedside* patologie gravi, ancora in stadio iniziale, come la Malattia di Alzheimer (oggetto di un prossimo articolo), quando inutile è il ricorso al laboratorio o alla semeiotica sofisticata, ma la terapia permette di raggiungere i migliori risultati,.

*** Sergio Stagnaro MD**

Via Erasmo Piaggio 23/8
16039 Riva Trigoso (Genoa) Italy
Honorary President of International Society of
Quantum Biophysical Semeiotics
Founder of Quantum Biophysical Semeiotics
Who's Who in the World (and America)
since 1996 to 2010
Ph 0039-0185-42315
Cell. 3338631439
www.semeioticabiofisica.it
www.sisbq.org
dottsergio@semeioticabiofisica.it

Bibliografia.

- 1) Stagnaro Sergio. Reale Rischio Semeiotico Biofisico. I Dispositivi Endoarteriolarari di Blocco neoformati, patologici, tipo I, sottotipo a) oncologico, e b) aspecifico. Ediz. Travel Factory, www.travelfactory.it, Roma, Luglio 2009.
- 2) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Introduzione alla Semeiotica Biofisica. Il Terreno Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004. http://www.travelfactory.it/semeiotica_biofisica.htm
- 3) Sergio Stagnaro. New Renaissance in Medicina. Prevenzione Primaria del Diabete Mellito tipo 2. Sito del Convegno, <http://qbsemeiotics.weebly.com/atti-del-convegno.html>, 16 novembre 2010; English version: http://qbsemeiotics.weebly.com/uploads/5/6/8/7/5687930/report_stagnaro.pdf
- 4) Sergio Stagnaro. Siniscalchi's Sign. Bedside Recognizing, in one Second, Diabetic Constitution, its Inherited Real Risk, and Type 2 Diabetes Mellitus. 24 December, 2010, www.scivox.com, <http://www.sci-vox.com/stories/story/2010-12-25siniscalchi%27signi.bedside++diagnosing+type+2+dm.html>; www.sciphu.com; <http://www.shiphusemeiotics.com-stagnaro.blogspot.com/> Italian version: <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/segnodisiniscalchi.pdf>
- 5) Sergio Stagnaro. Il I Stadio Semeiotico-Biofisico-Quantistico del Diabete Mellito: Nosografia e Patogenesi. <http://www.fcenews.it> 17 novembre 2010. http://www.fceonline.it/images/docs/diagnosi_diabete.pdf;

- 6) Caramel Simone. Primary Prevention of T2DM and Inherited Real Risk of Type 2 Diabetes Mellitus <http://ilfattorec.altervista.org/T2DM.pdf>
http://qbsemeiotics.weebly.com/uploads/5/6/8/7/5687930/newrenaissance_prevenzionet2dm.pdf
- 7) Sergio Stagnaro. Ruolo del DNA Antenna nella Diagnosi Semeiotica Biofisica Quantistica dei Primi due Stadi del Diabete Mellito tipo 2. <http://www.fcenews.it>, 19 novembre 2010.
http://www.fceonline.it/images/docs/dna_diabete.pdf;
http://qbsemeiotics.weebly.com/uploads/5/6/8/7/5687930/dna_t2dm.pdf
- 8) Sergio Stagnaro. Manovra di Ferrero-Marigo e Vasomotilita' a Riposo e Dopo Il Test Di Secrezione Del Picco Acuto Insulinemico nella Valutazione Clinica della Insulino Resistenza 23 novembre 2010. <http://qbsemeiotics.weebly.com/uploads/5/6/8/7/5687930/manovradiferrero.pdf>
- 9) Stagnaro Sergio e Paolo Manzelli. Semeiotica Biofisica Endocrinologica: Meccanica Quantistica e Meccanismi d'Azione Ormonali. Dicembre 2007, www.fce.it,
http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=816&Itemid=45
- 10) Caramel S, Stagnaro S. Quantum Biophysical Semeiotics and mit-Genome's fractal dimension. *Journal of Quantum Biophysical Semeiotics* 2011, 1 1-27.
http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/joqbs_mitgenome.pdf