

**Reale Rischio Congenito di
patologie neurodegenerative:
Diagnosi Clinica SBQ.
Prevenzione Pre-Primaria e
Primaria**

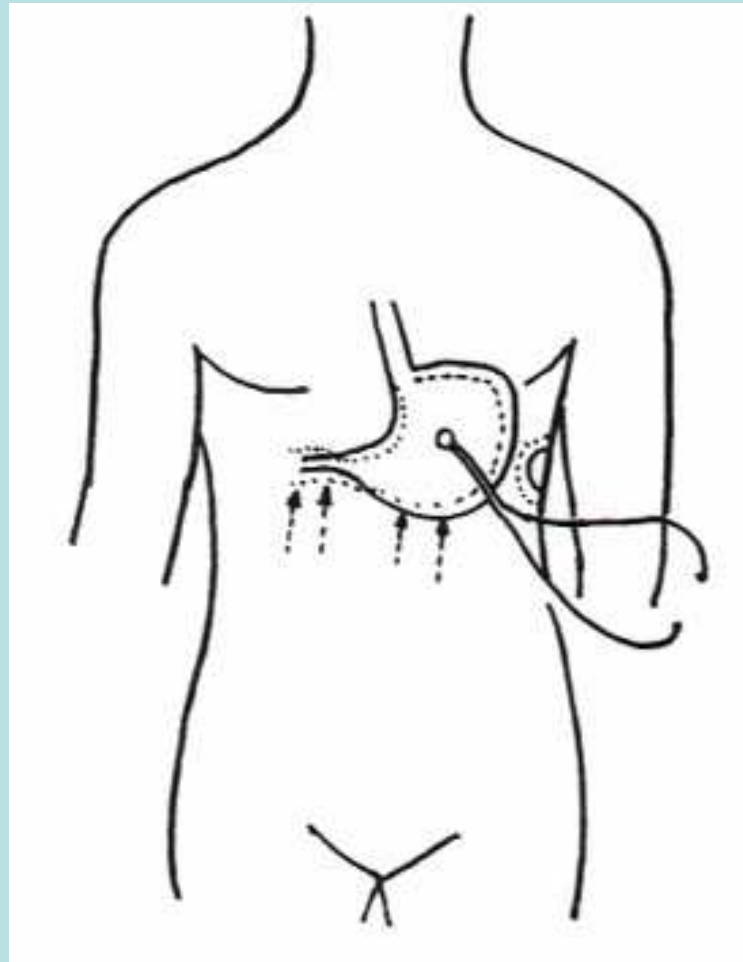
Dr Marco Marchionni

- **La SBQ e' una nuova disciplina nel campo medico e puo' essere considerata l'estensione della semeiotica fisica classica con il supporto delle teoria matematica del caos e della meccanica quantistica.**
- **La base della SBQ e' l'Istangiopatia Congenita Acidotica Enzimo- Metabolica (ICAEM), una patologia mitocondriale congenita (presente alla nascita) che, se e quando diagnosticata, puo' essere trattata e eliminata.**
- **La presenza di ICAEM intensa in determinati distretti dell'organismo (per es. a livello del miocardio) e' dovuta alla presenza di mutazioni sia del DNA nucleare che mitocondriale. Queste mutazioni sono alla base delle diverse costituzioni semeiotico-biofisico-quantistiche che, successivamente, possono esitare nei relativi RRC (Reali Rischi Congeniti)**
- **Il Reale Rischio Congenito per una certa patologia e' caratterizzato da un rimodellamento microcircolatorio localizzato, che puo' essere intenso, eventualmente aggravato da fattori di rischio ambientali.**
- **Il Reale Rischio Congenito è caratterizzato dalla presenza di dispositivi endoarteriolarari di blocco, neoformati-patologici di Tipo I, Sottotipo a), oncologico, e b) aspecifico.**

- La SBQ offre al medico-chirurgo una metodologia che puo' essere implementata in un numero di test che possono essere effettuati al letto del paziente mediante ausilio di un fonendoscopio: attraverso la percussione ascoltata degli organi ed il corretto riconoscimento della intensita' e delle latenze dei segnali evocati dalla percussione il medico puo' valutare la funzionalita' dei mitocondri nei diversi distretti biologici dell'organismo.
- Pertanto, sin dal momento della nascita, e' possibile dimostrare la presenza delle Costituzioni e dei dipendenti Reali Rischi Congeniti in una certa popolazione di pazienti che quindi saranno arruolati tempestivamente per la prevenzione primaria.
- La SBQ, attraverso la percussione ascoltata dello stomaco ed un intelligente e corretto riconoscimento delle risposte riflesse evocate, consente la diagnosi pre-clinica e clinica non solo delle patologie neurodegenerative, ma anche di altre patologie, come quelle cardiovascolari e neoplastiche.

- La diagnosi semeiotica-biofisico-quantistica, basata sulla applicazione di test clinici mirati, a seconda della Costituzione e del relativo Reale Rischio Congenito da indagare, permette al Medico di raccogliere informazioni su valori parametri "qualitativi" e "quantitativi", secondo la **Microangiologia Clinica**.
- I riflessi che in SBQ per intensità o durata sono considerati patologici hanno, come base patologica, una alterazione del microcircolo locale. Come noto, in presenza di mutazioni del DNA nucleare o mitocondriale si osserva un rimodellamento del microcircolo dovuto ad una alterazione della vasomotilità, della vasomotion e alla presenza di strutture patologiche di ostacolo alla *flow-motion* (EBD patologici ed anastomosi arterovenose).
- In particolare oggi vogliamo discutere della diagnosi SBQ di alcuni Reali Rischi Congeniti delle patologie neurodegenerative, come la malattia di Alzheimer, il morbo di Parkinson, la Sclerosi Multipla, la Demenza Senile e la Sclerosi Laterale Amiotrofica.

Il riflesso cerebro-gastrico aspecifico



Latenza (Lt)	Contrazione Gastrica Tonica	Intensita'	Diagnosi
Lt = 16 secondi	No		Assenza di RRC di patologia cerebrale
Lt = 0 secondi – dilatazione simultanea dello stomaco	No	Intensita' ~ 0.5 cm	ICAEM
Lt = 0 secondi – dilatazione simultanea dello stomaco	No	Intensita' ≥ 1 cm	RRC di patologia cerebrale
Lt = 0 secondi – dilatazione simultanea dello stomaco	No	Intensita' ≥ 1.5 cm	Patologia Cerebrale conclamata
Lt = 0 secondi – dilatazione simultanea dello stomaco	SI – contrazione dello stomaco dopo la dilatazione iniziale	Intensita' ≥ 1 cm	RRC di Patologia Cerebrale in fase avanzata
Lt = 0 secondi – dilatazione simultanea dello stomaco	SI – contrazione dello stomaco dopo la dilatazione iniziale	Intensity ≥ 1.5 cm	Patologia Cerebrale conclamata

Latenza (Lt)	Contrazione Gastrica Tonica	Intensita'	Diagnosi
Lt = 16 secondi	No		Assenza di RRC di patologia cerebrale

Nel sano, la pressione digitale **intensa** sui *trigger point* della testa dell'esaminando non si associa alla comparsa simultanea del riflesso gastrico aspecifico, che si presenta esattamente dopo 16 secondi di latenza a causa della fisiologica acidosi tissutale:
Segno di Marchionni Negativo.

Latenza (Lt)	Contrazione Gastrica Tonica	Intensita'	Diagnosi
Lt = 0 secondi – dilatazione simultanea dello stomaco	No	Intensita' ~ 0.5 cm	ICAEM

Quando la pressione digitale **intensa** sui *trigger point* della testa dell'esaminando si associa alla comparsa **simultanea** del riflesso gastrico aspecifico (= lo stomaco si dilata in modo **simultaneo**) con una intensita' di circa 0.5 cm., la diagnosi correlata e' di Istangiopatia Congenita Acidotica Enzimo-Metabolica

Latenza (Lt)	Contrazione Gastrica Tonica	Intensita'	Diagnosi
Lt = 0 secondi – dilatazione simultanea dello stomaco	No	Intensita' ≥ 1 cm	RRC di patologia cerebrale

Se la dilatazione dello stomaco mostra una intensità ≥ 1 cm., la diagnosi SBQ e' di Rischio Reale Congenito di patologia cerebrale (segno aspecifico):

Segno di Marchionni Positivo

Latenza (Lt)	Contrazione Gastrica Tonica	Intensita'	Diagnosi
Lt = 0 secondi – dilatazione simultanea dello stomaco	No	Intensita' ≥ 1.5 cm	Patologia Cerebrale conclamata
Lt = 0 secondi – dilatazione simultanea dello stomaco	SI – contrazione dello stomaco dopo la dilatazione iniziale	Intensita' ≥ 1 cm	RRC di patologia cerebrale in fase avanzata
Lt = 0 secondi – dilatazione simultanea dello stomaco	SI – contrazione dello stomaco dopo la dilatazione iniziale	Intensity ≥ 1.5 cm	Patologia Cerebrale conclamata

Se la dilatazione dello stomaco raggiunge una estensione $> 1,5$ cm (in assenza di CGT) oppure >1 o $>1,5$ cm (in presenza di CGT) la diagnosi SBQ e' di patologia cerebrale conclamata o RRC in fase avanzata

In presenza di un RRC di patologia cerebrale (che e' un segno aspecifico) il medico deve cercare di perfezionare la diagnosi cercando di mettere in atto una serie di test finalizzati a guadagnare maggiori informazioni sulla natura della patologia cerebrale incipiente (ossia se di natura neoplastica, infiammatoria o degenerativa come per esempio ALS, PD, SM, AD).

Questo perfezionamento "ad hoc" si realizza attraverso la percussione di *trigger point* che sono specifici per ciascuna di queste patologie, rilevando in tal modo, attraverso la percussione ascoltata dello stomaco, la presenza di eventuali risposte riflesse patologiche.

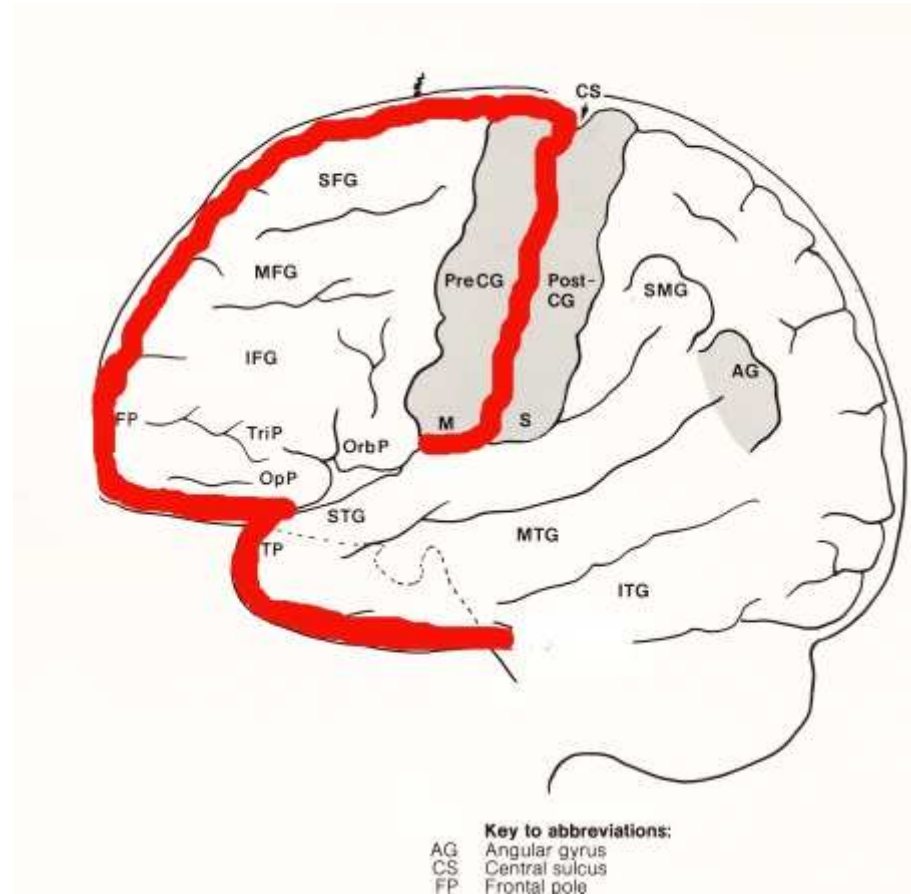
Inherited Real Risk of Brain Disorder (specific sign)

Trigger Points

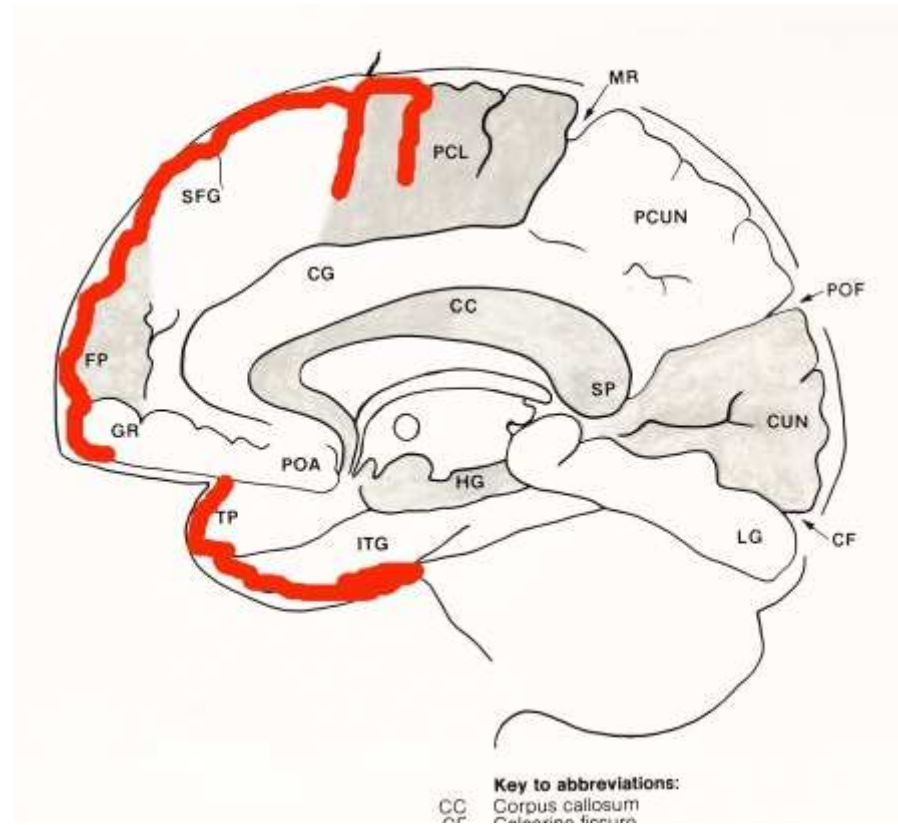
Alzheimer's Disease (AD)

Pre-Frontal, Frontal Area, Parietal Motor Area OR Motor Area (Brodmann Area 4, gyrus precentralis) , Temporal Area (temporal gyri, superior, middle and inferior).

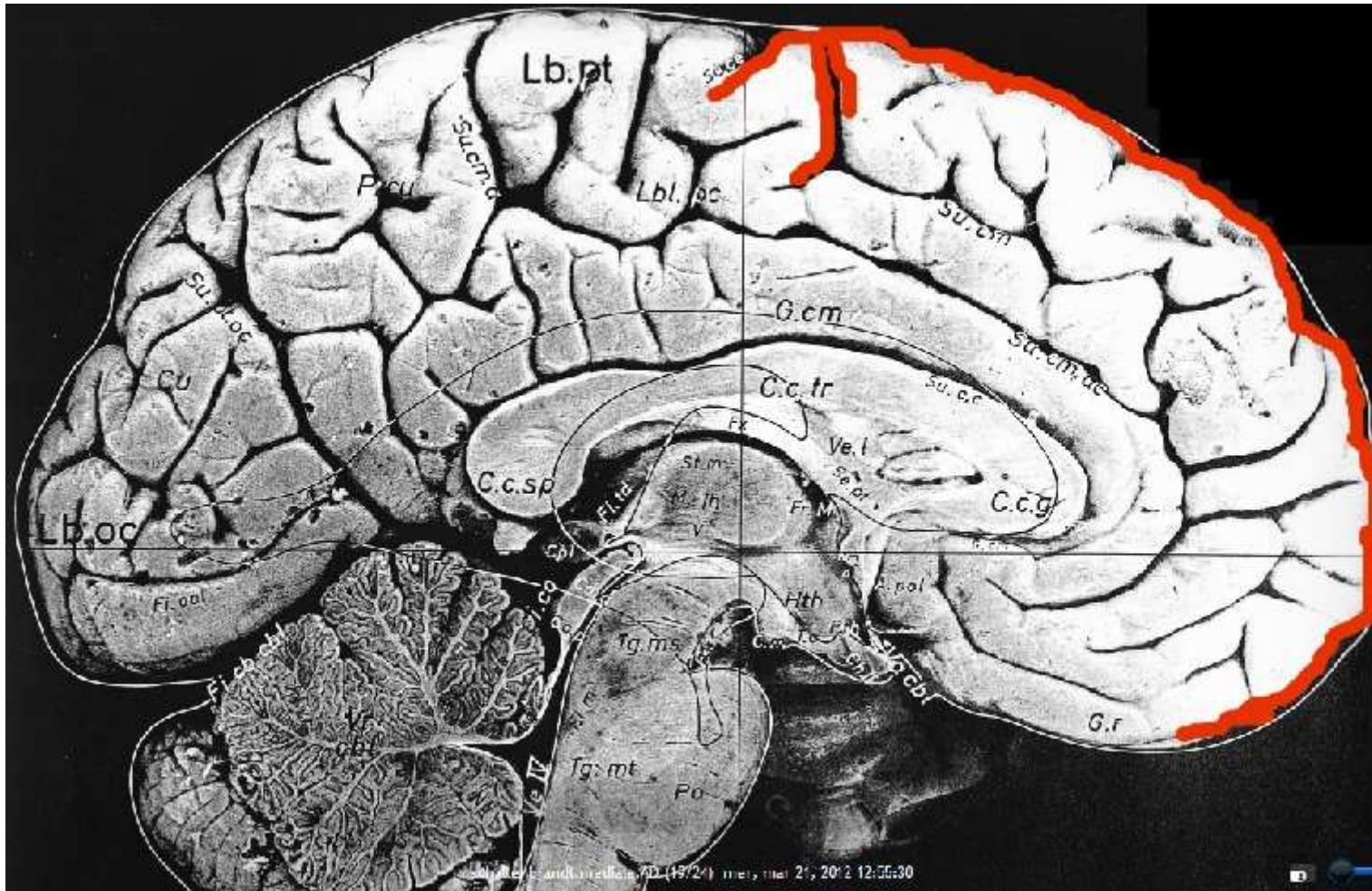
AD Laterale



AD Mediale

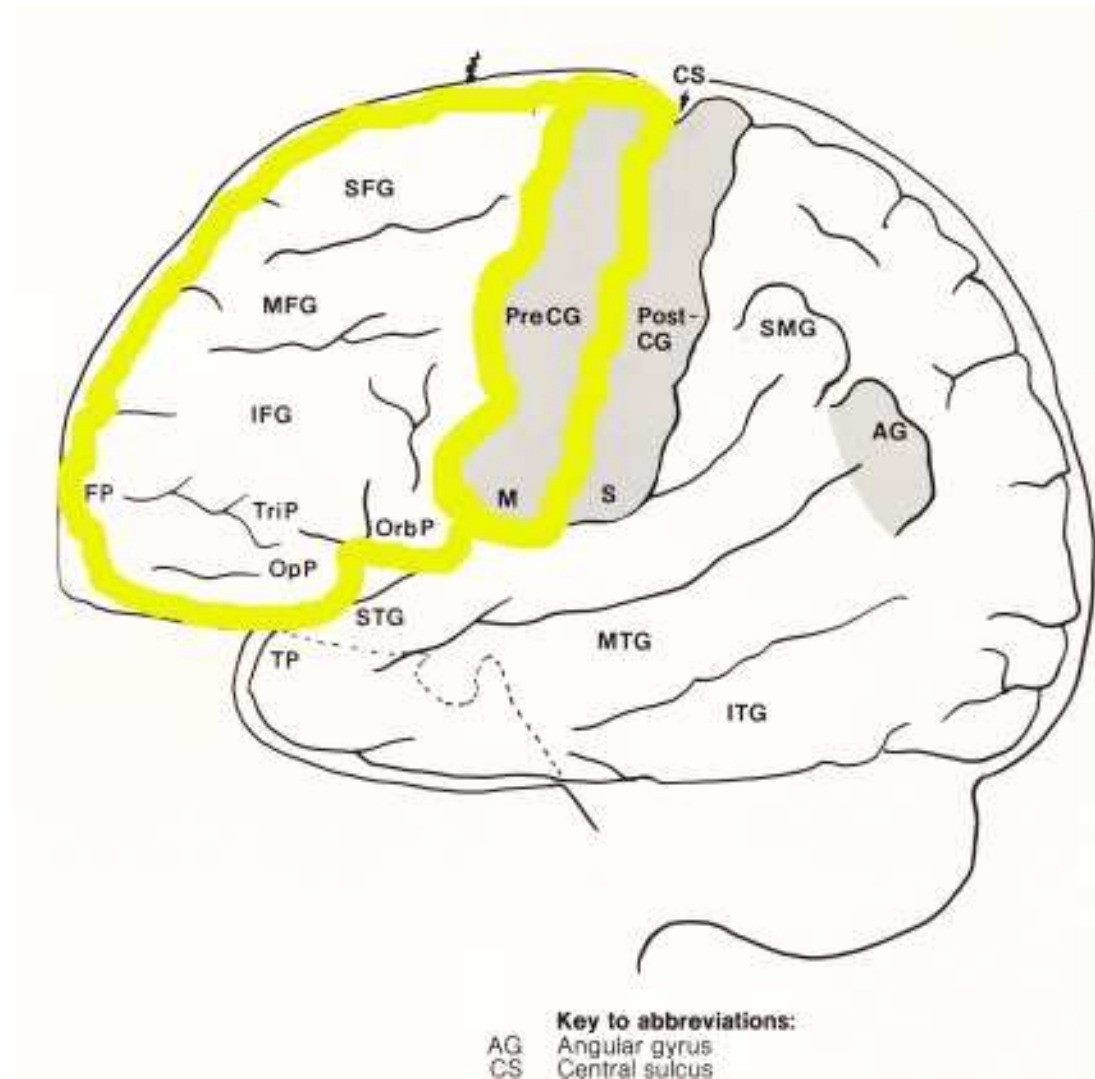


AD Mediale

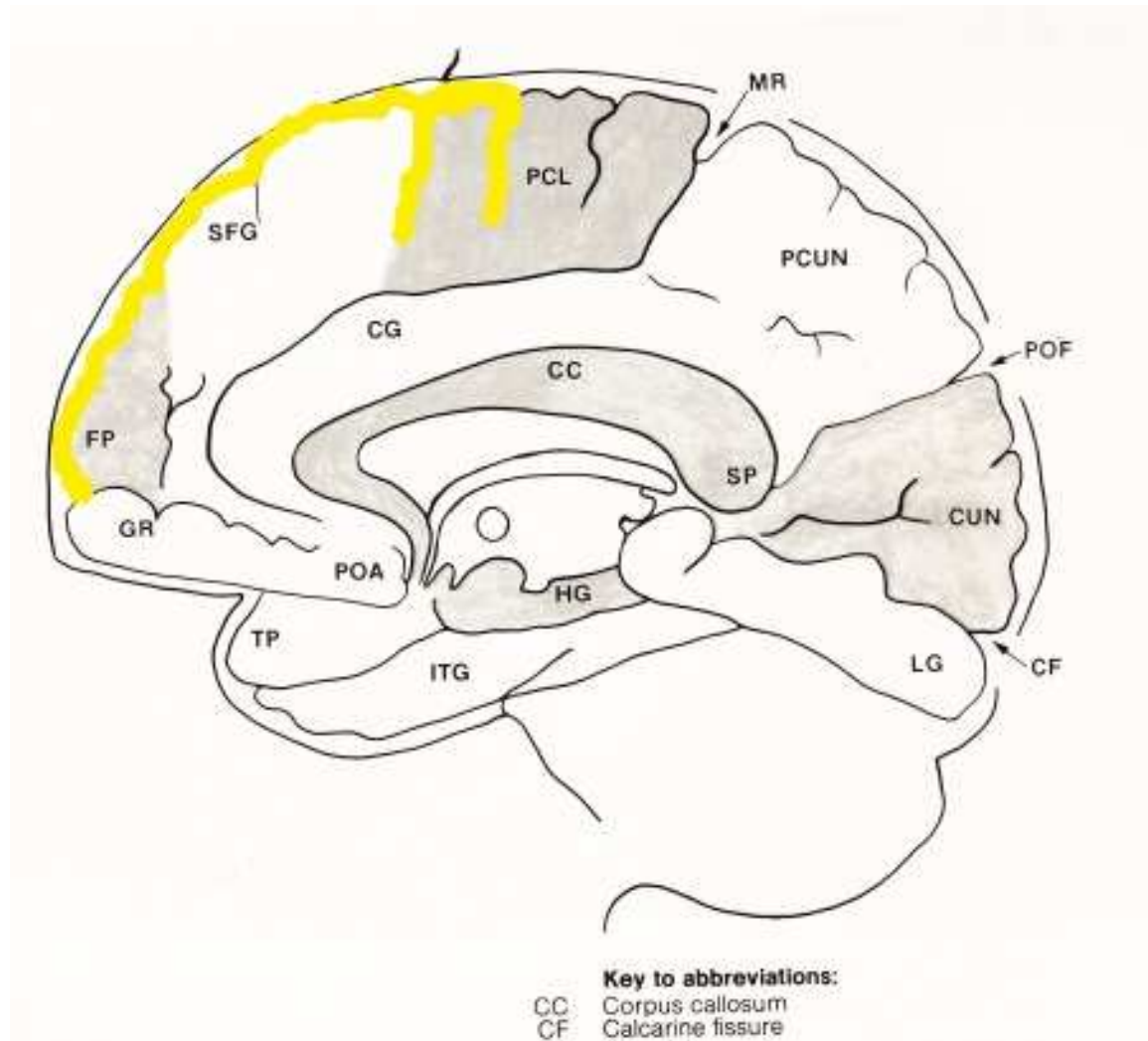


Inherited Real Risk of Brain Disorder (specific sign)	Trigger Points
Parkinson's Disease (PD)	Pre-Frontal, Frontal Area, Parietal Motor Area OR Motor Area (Brodmann Area 4, gyrus precentralis)

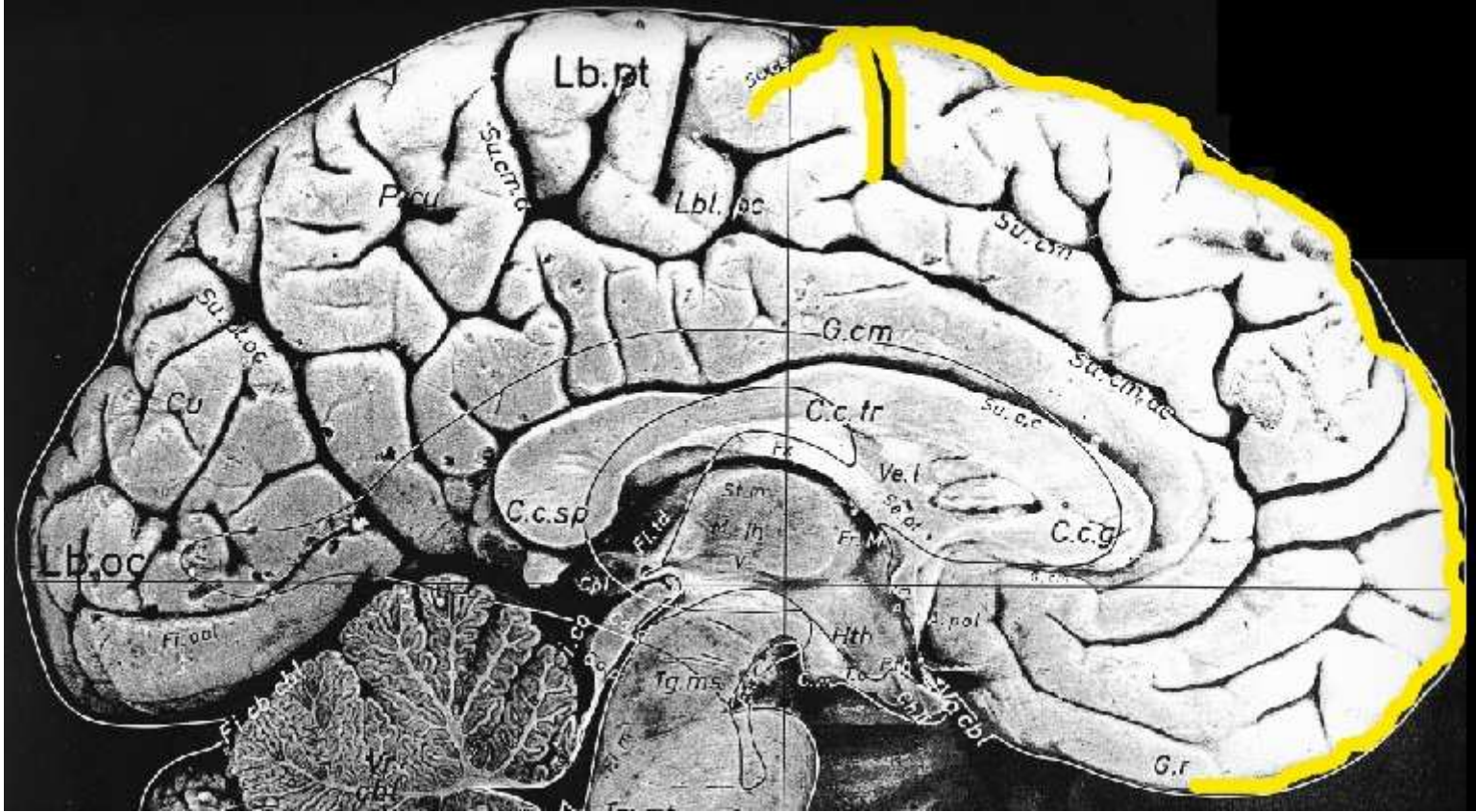
PD Laterale



PD Mediale

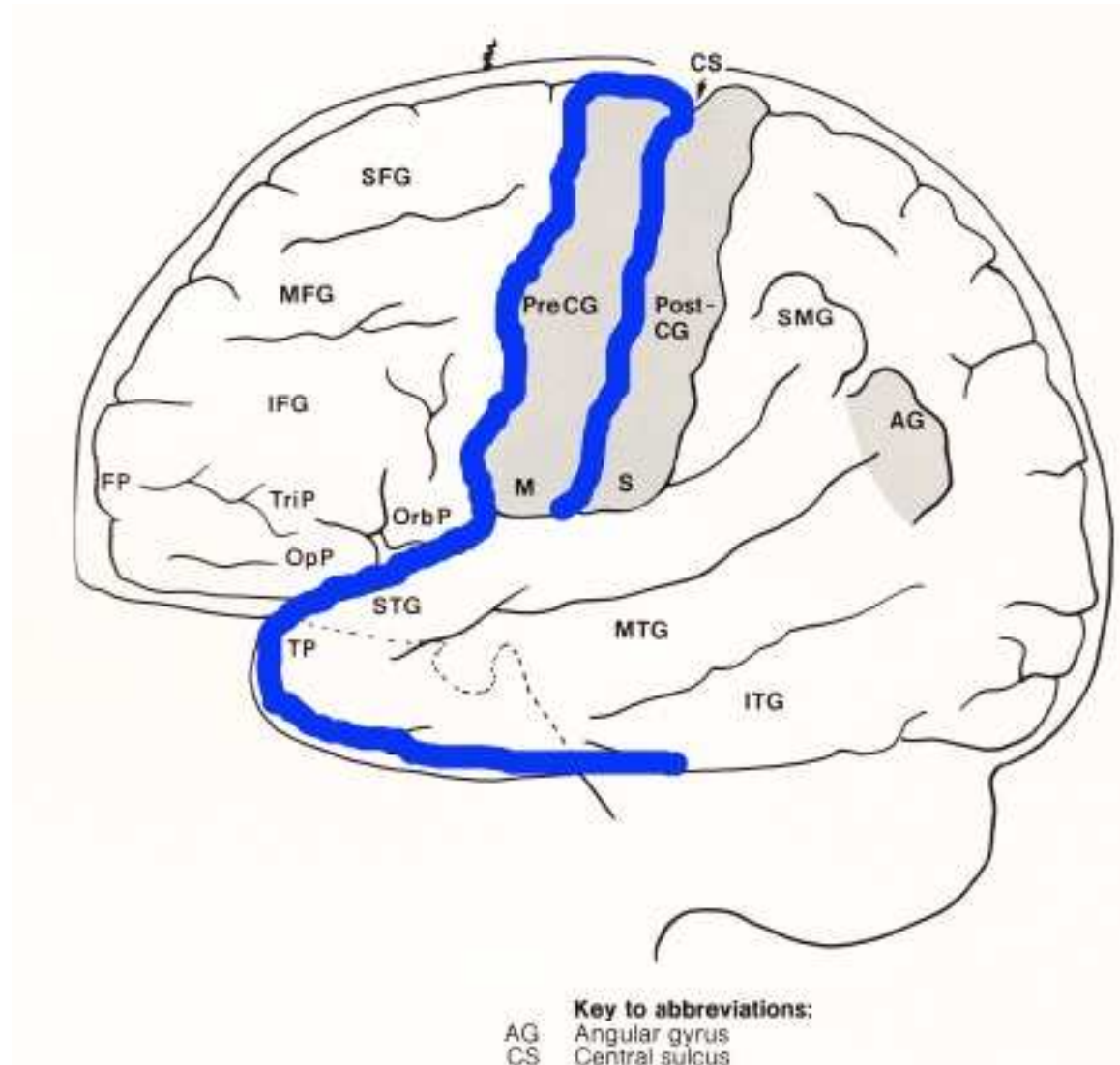


PD Mediale

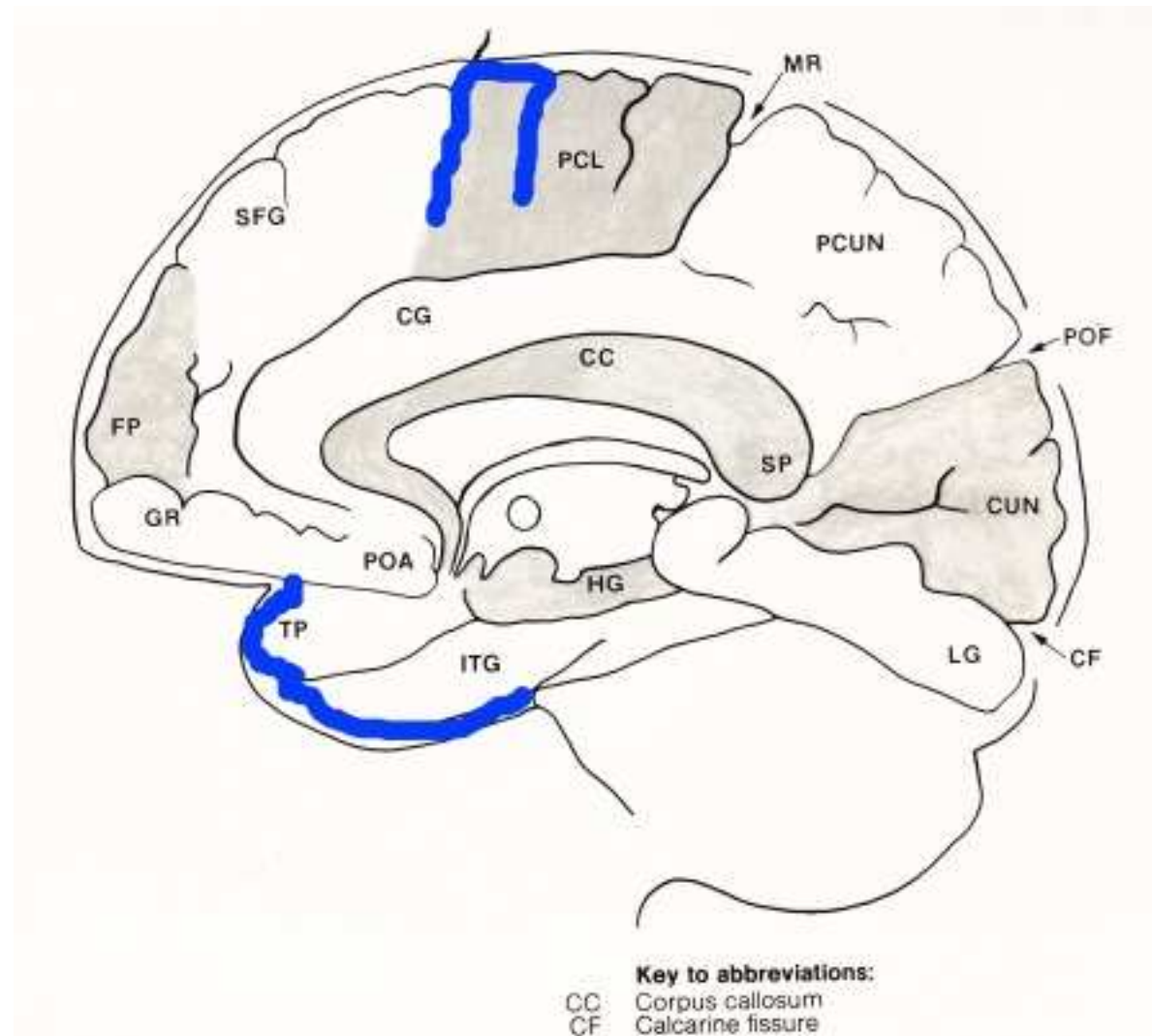


Inherited Real Risk of Brain Disorder (specific sign)	Trigger Points
Senile Dementia (SD)	Parietal Motor Area OR Motor Area (Brodmann Area 4, gyrus precentralis) , Temporal Area (temporal gyri, superior, middle and inferior).

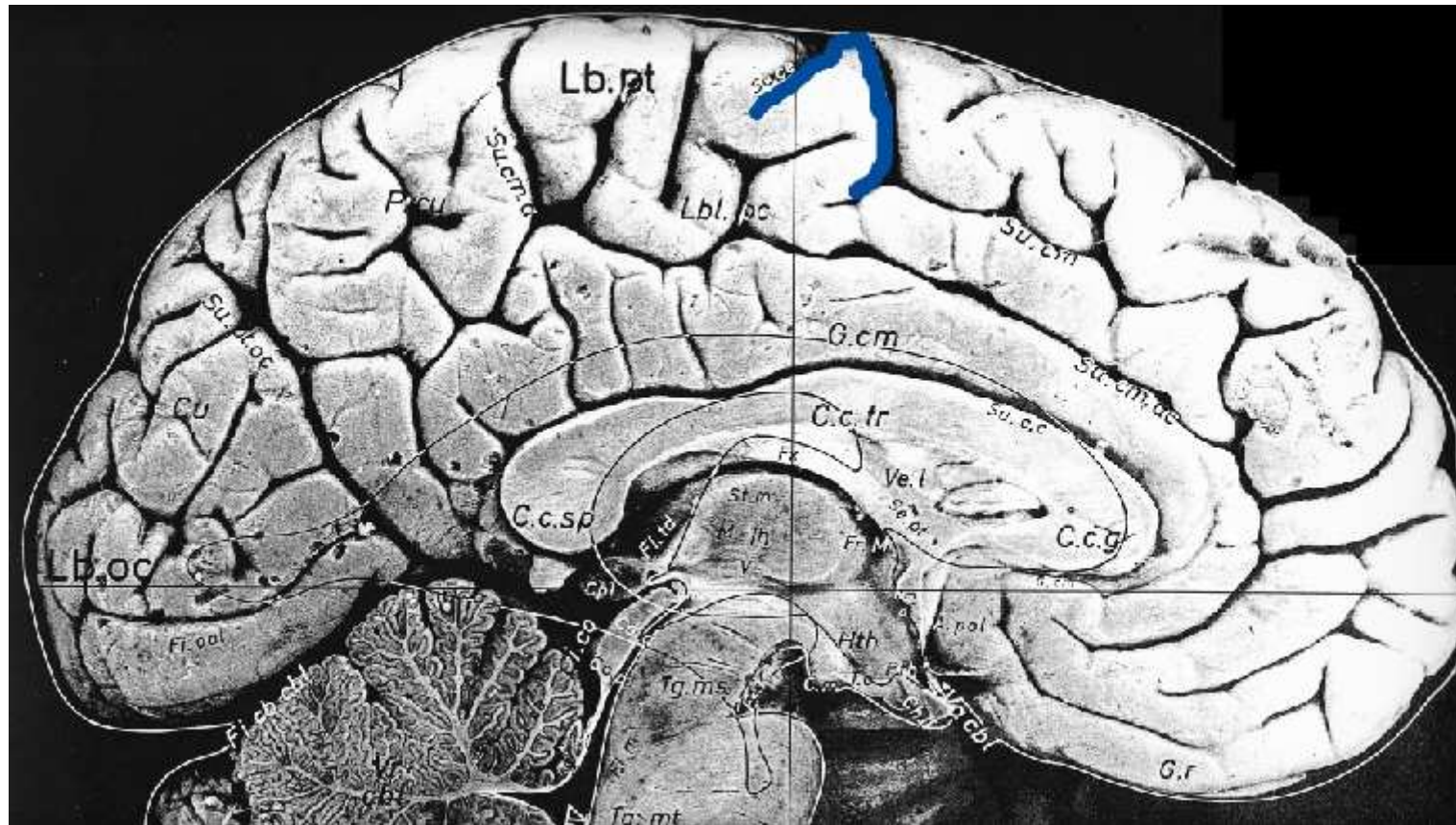
DS Laterale



DS Mediale



DS Mediale



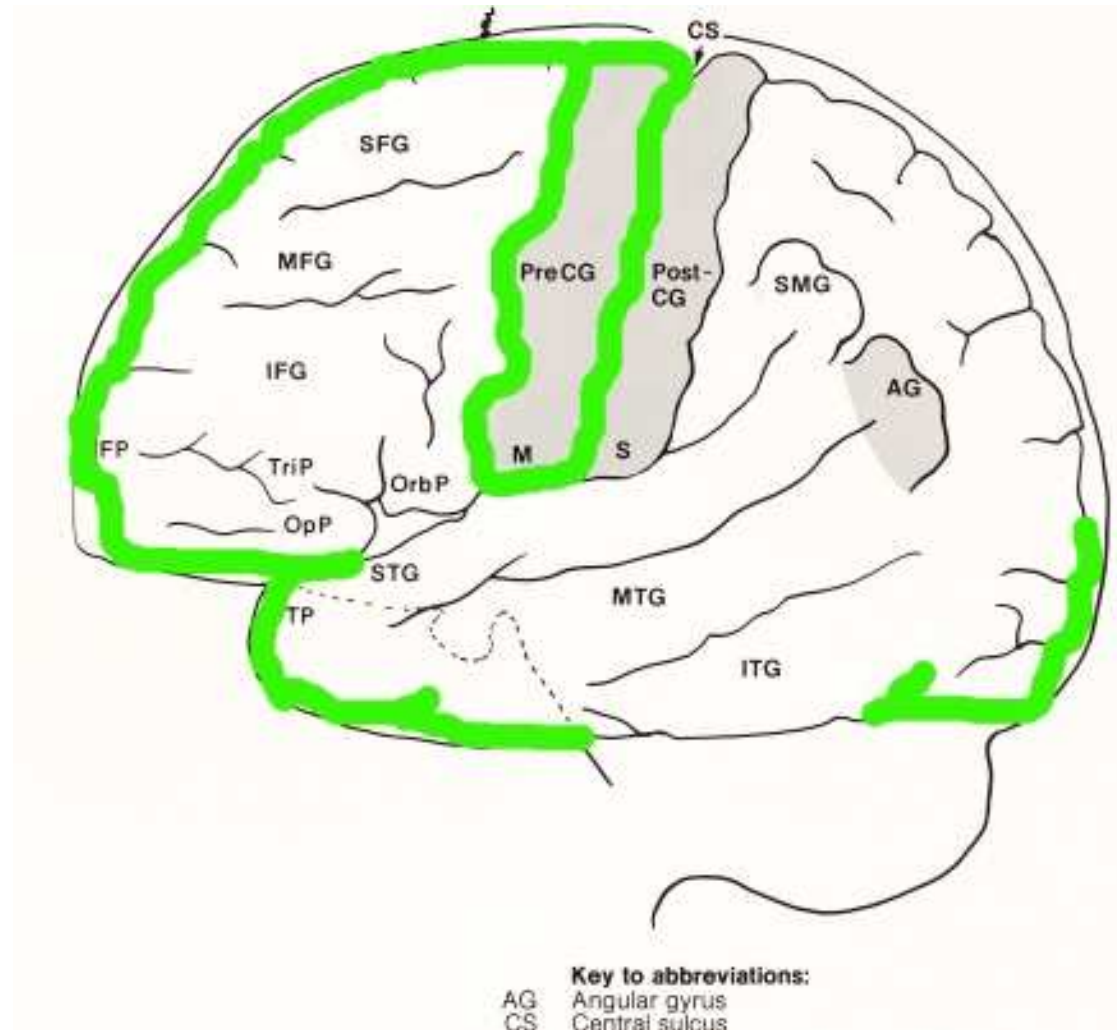
Inherited Real Risk of Brain Disorder (specific sign)

Trigger Points

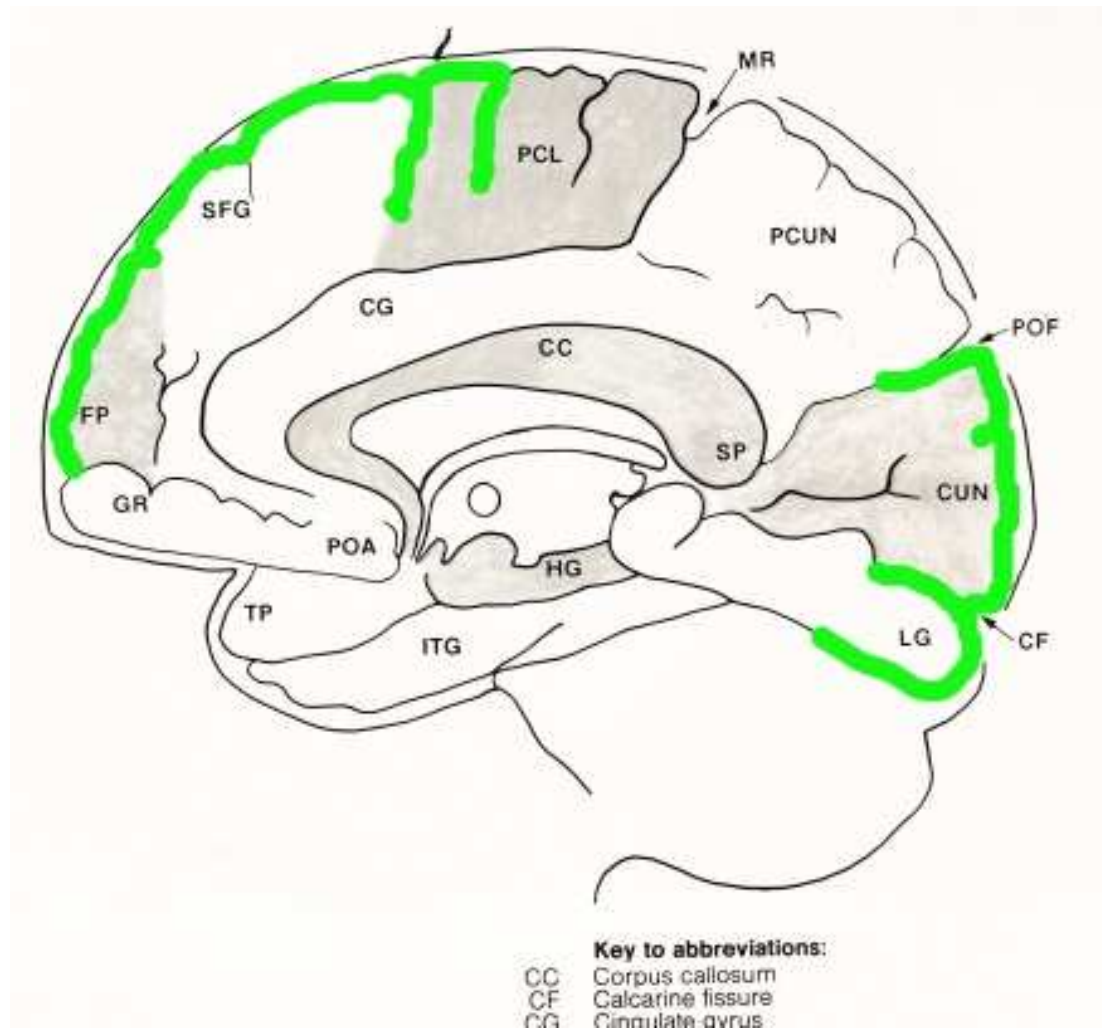
Multiple Sclerosis (MS)

Pre-Frontal, Frontal Area, Occipital Area, Parietal Motor Area OR Motor Area (Brodmann Area 4, gyrus precentralis) , Temporal Area (temporal gyri, superior, middle and inferior).

SM Laterale



SM Mediale



Inherited Real Risk of Brain Disorder (specific sign)	Trigger Points
Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS)	Somato-Sensorial Parietal Cortex OR Somato-sensorial cortex (Brodmann Areas 3,1,2, gyrus postcentralis)

Il segno di Boezio

Nella diagnosi di ALS, il Riflesso Cerebro Gastrico Aspecifico, ALS-Ce.G.A.R., evocato mediante pressione digitale di media intensità a livello della proiezione cutanea della corteccia parietale somatosensoriale (“trigger point” specifico per la ALS), svolge un ruolo centrale. Procedimento più raffinato è la *simultanea* intensificazione della locale *vasomotility* da pizzicotto cutaneo “intenso” di un punto qualsiasi della superficie cutanea controlaterale dell’arto inferiore: Segno di Boezio

Latency time (Lt) in seconds	Latency time after a pause of 5 sec. : (brain preconditioning)	Duration (in seconds)	Diagnosis
Lt = 8	Lt = 16	$3 < D < 4$	Health (negative Boezio's sign) – if Marchionni sign is positive, it needs to investigate other specific signs
Lt = 8	Lt < 16	$D \geq 4$	ALS Inherited Real Risk (positive Boezio's Sign)
$7 < Lt < 8$	$14 < Lt < 16$	$D > 4$	ALS Inherited Real Risk in evolution
$Lt \leq 7$	Lt < 14	$D \gg 4$	Overt ALS

Latency time (Lt) in seconds	Latency time after a pause of 5 sec. : (brain preconditioning)	Duration (in seconds)	Diagnosis
Lt = 8	Lt = 16	$3 < D < 4$	Health (negative Boezio's sign) – if Marchionni sign is positive, it needs to investigate other specific signs

Nel normale, il Riflesso ALS-Ce - G.A.R presenta tempo di latenza di 8 sec esatti e durata inferiore a 4 sec. ed il **Segno di Boezio è negativo**

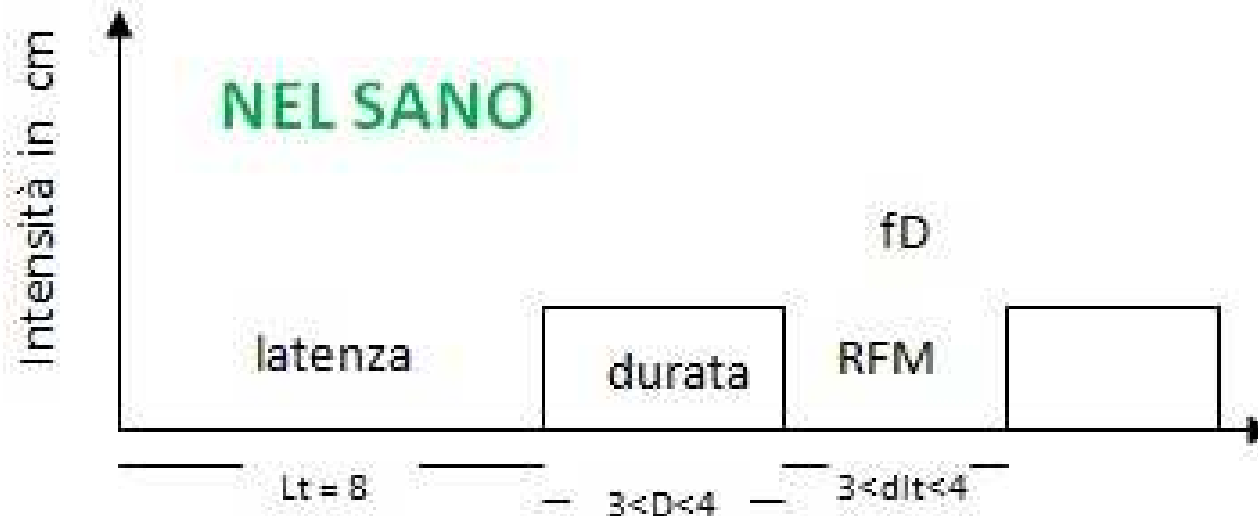
Latency time (Lt) in seconds	Latency time after a pause of 5 sec. : (brain preconditioning)	Duration (in seconds)	Diagnosis
Lt = 8	Lt < 16	$D \geq 4$	ALS Inherited Real Risk (positive Boezio's Sign)

In presenza di Reale Rischio Congenito, il Riflesso ALS-Ce.G.A.R pur presentando un tempo di latenza di 8 sec esatti, mostra una durata pari oppure superiore a 4 sec. Inoltre, il “precondizionamento” (ripetizione del medesimo stimolo dopo 5 sec esatti) rivela una latenza inferiore a 16 secondi, mentre il **Segno di Boezio è positivo**.

Latency time (Lt) in seconds	Latency time after a pause of 5 sec. : (brain preconditioning)	Duration (in seconds)	Diagnosis
$7 < Lt < 8$	$14 < Lt < 16$	$D > 4$	ALS Inherited Real Risk in evolution
$Lt \leq 7$	$Lt < 14$	$D \gg 4$	Overt ALS

In presenza di ALS, e di Reale Rischio Congenito di ALS in fase avanzata, il Riflesso ALS-Ce - G.A.R mostra un tempo di latenza **inferiore ad 8 sec ed inferiore a 16 dopo preconditionamento)** mentre la durata è sempre maggiore di 4 sec

IL RIFLESSO GASTRICO ASPECIFICO



Il microcircolo, sia in condizioni di pressione digitale lieve a livello della proiezione cutanea della corteccia parietale somato-sensoriale, sia in condizioni di “intensa” stimolazione (stimolazione cutanea intensa sulla cute dell’arto inferiore controlaterale) puo’ fisiologicamente o patologicamente, in condizioni di malattia incipiente o conclamata, andare incontro a diverse forme di attivazione:

1. ATTIVAZIONE ASSOCIATA DI TIPO PRIMO
2. ATTIVAZIONE *PARZIALMENTE* DISSOCIATA DI TIPO SECONDO
3. ATTIVAZIONE *COMPLETAMENTE* DISSOCIATA DI TIPO TERZO

ATTIVAZIONE ASSOCIATA DI TIPO PRIMO



Nel sano, la durata del primo riflesso ureterale (t_1), in condizioni basali (stimolo di pressione digitale **lieve** a livello della proiezione cutanea della corteccia parietale somato-sensoriale) sui trigger points ALS specifici e' **6 secondi**. A questo primo riflesso ureterale segue un intervallo (t_2) di 6 secondi esatti prima della comparsa di un secondo riflesso ureterale, per cui osserveremo un intervallo di tempo complessivo di 12 secondi.

ATTIVAZIONE ASSOCIATA DI TIPO PRIMO

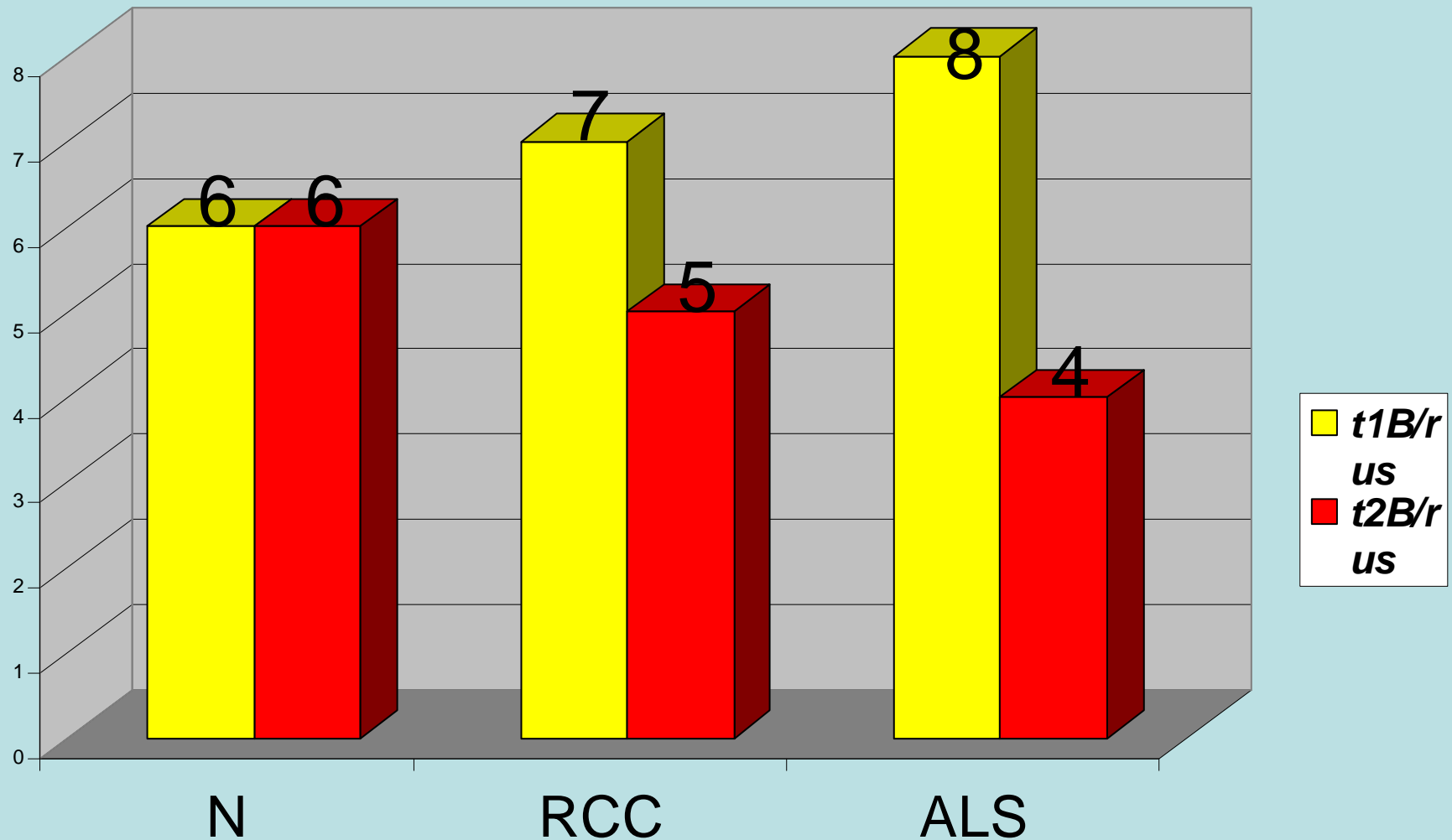


Nel normale, la durata del primo riflesso ureterale (t_1), durante stimolazione cutanea **intensa** sopra la cute dell'arto inferiore controlaterale) è 11 secondi. A questo primo riflesso ureterale segue un intervallo (t_2) di 1 secondo esatto prima della comparsa di un secondo riflesso ureterale. Pertanto, osserveremo sempre un periodo delle fluttuazioni di 12 secondi

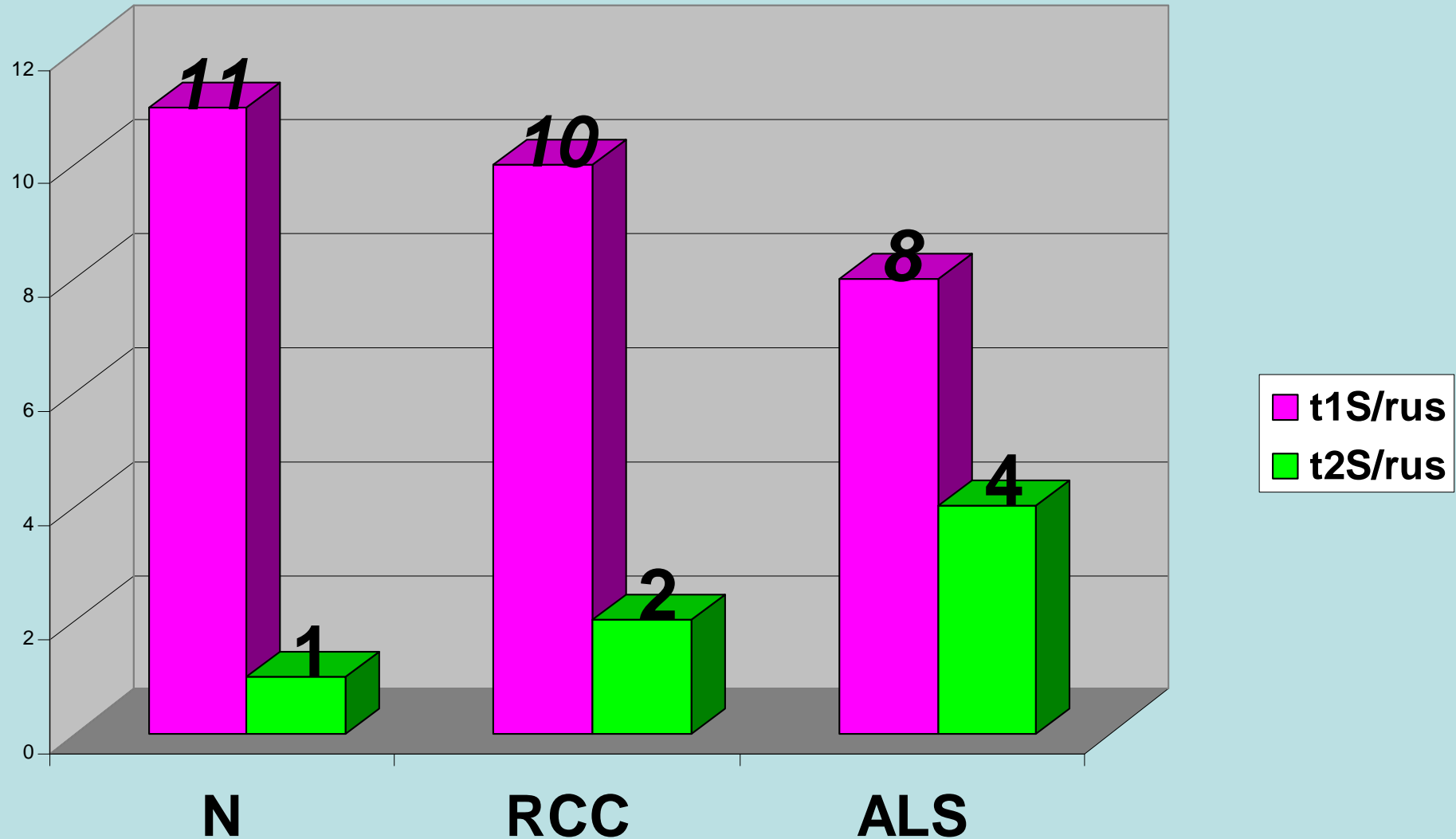
La durata in secondi di questi periodi delle oscillazioni ureterali è modificato, in modo comunque apprezzabile usando il fonendoscopio, nei soggetti con RRC di ALS o sofferenti per ALS conclamata: la durata di questi periodi sarà anche in funzione della intensità (lieve o intensa) e localizzazione (proiezione cutanea dell'area somatosensoriale o arto inferiore controlaterale) dello stimolo.

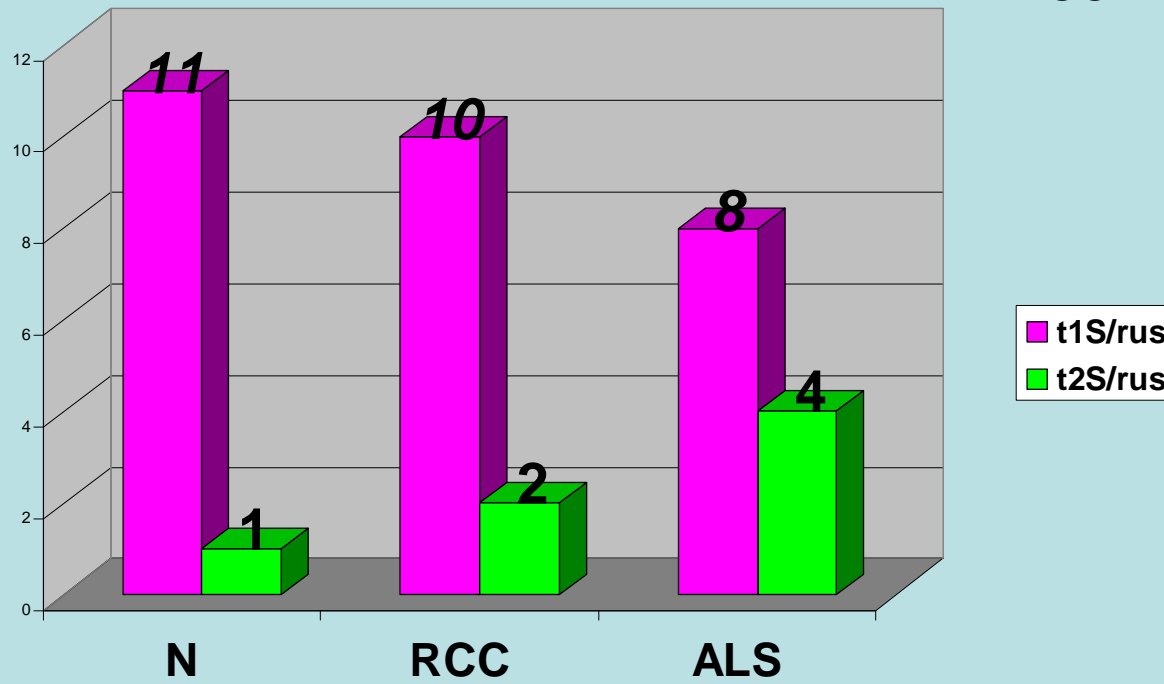
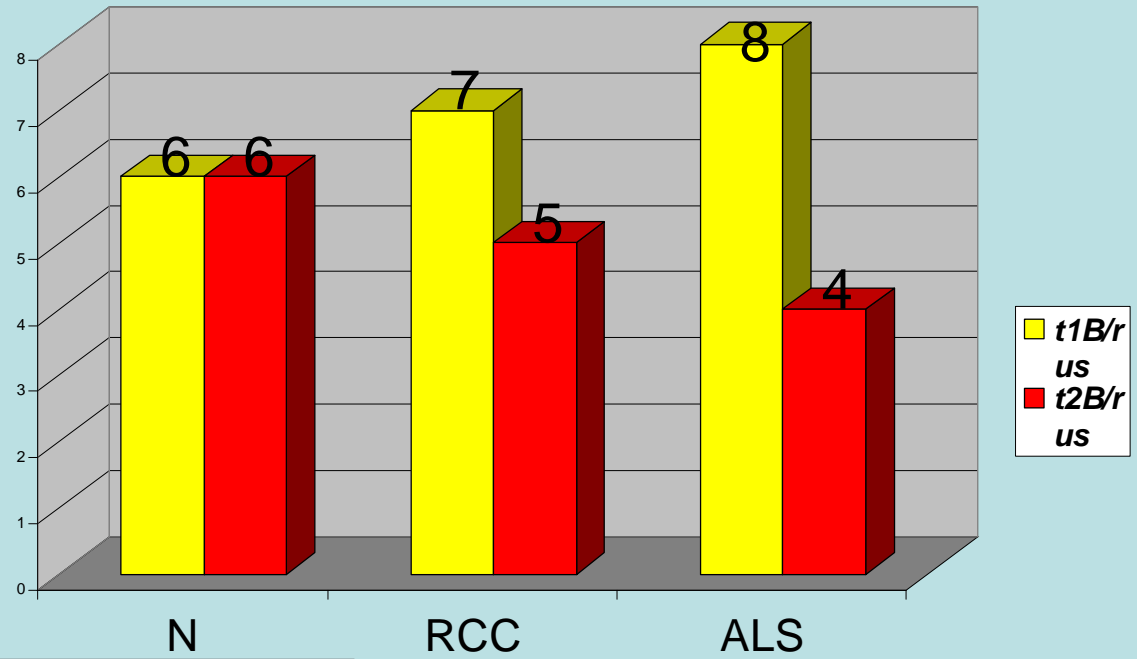
I dati *quantitativi* della SBQ informano il Medico sulla presenza del reale rischio congenito, di diversa gravità, magari in evoluzione, specialmente attraverso l'attivazione del microcircolo

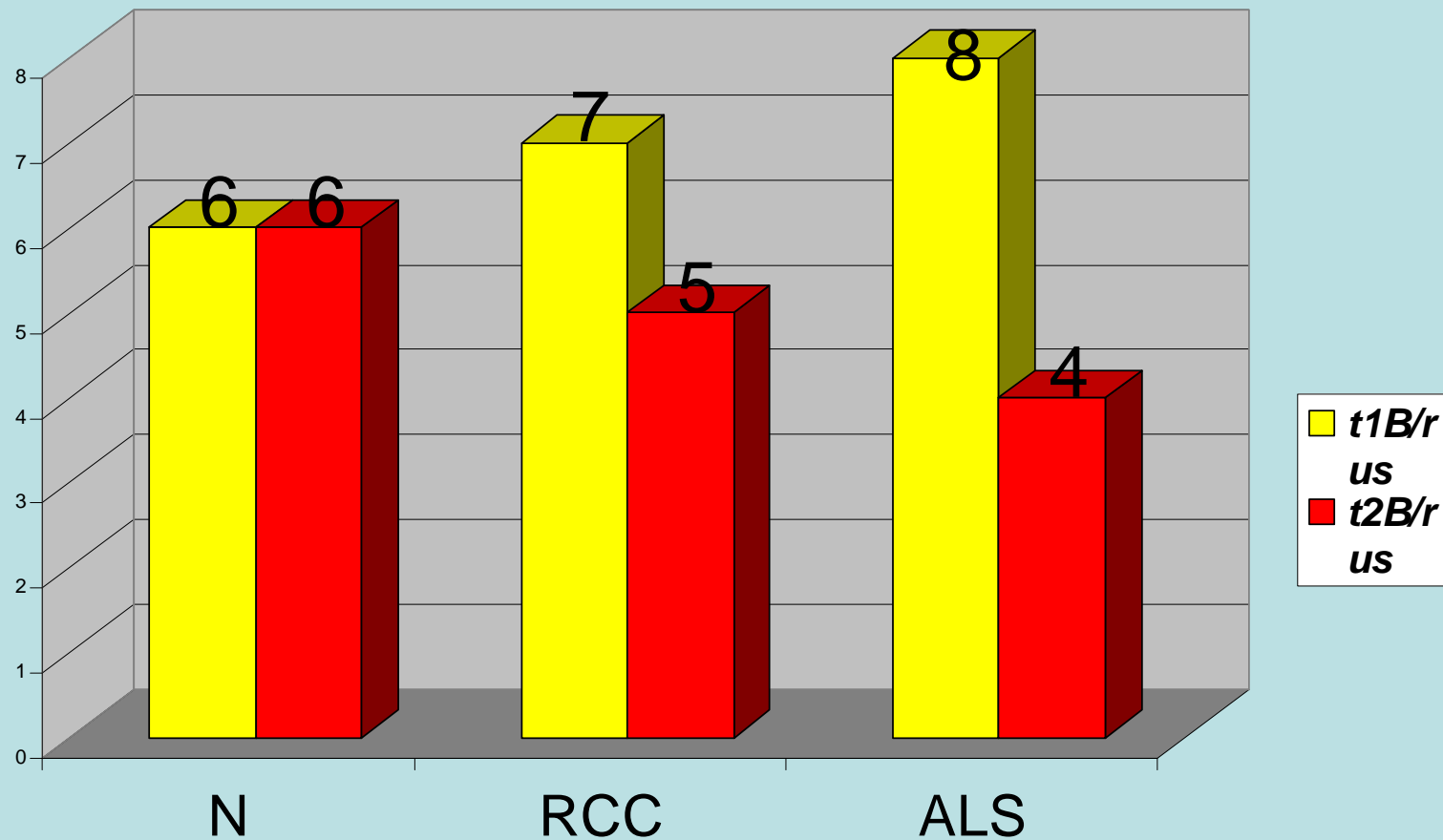
Riflesso ureterale superiore (vasomotility)



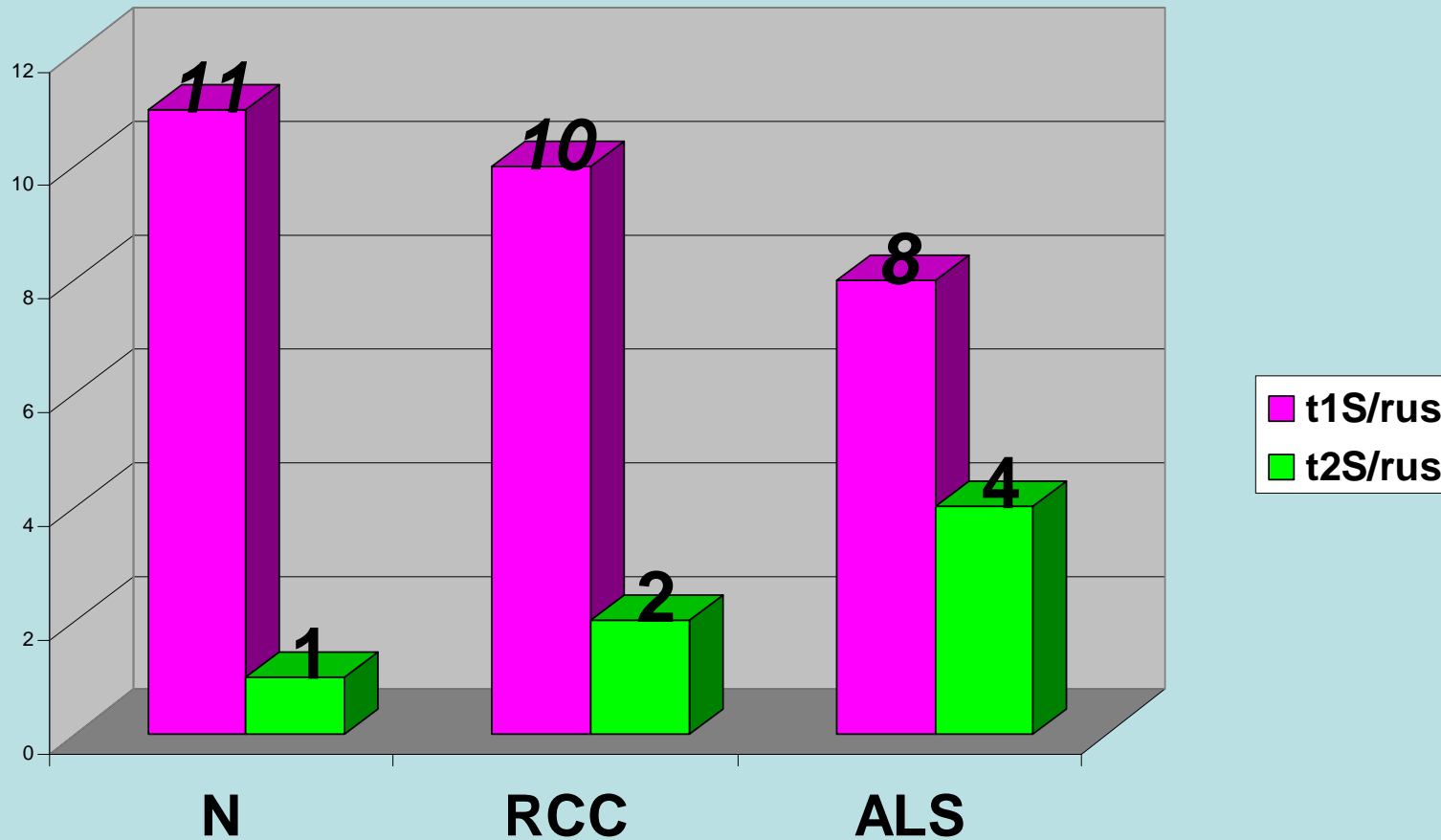
Riflesso ureterale inferiore (vasomotion)







N: attivazione microcircolatoria di tipo I
 RCC: attivazione microcircolatoria di tipo parzialmente dissociato (II)
 ALS: attivazione microcircolatoria dissociata (tipo III)



N: attivazione microcircolatoria di tipo I
RCC: attivazione microcircolatoria di tipo
parzialmente dissociato (II) ALS: attivazione
microcircolatoria dissociata (tipo III)

Nei casi di RCC oppure di ALS manifesta, i riflessi ureterali patologici sono la spia di anomalie strutturali del microcircolo e della presenza di dispositivi di blocco endoarteriolare di tipo patologico, correlati con analoghe alterazioni parenchimali locali.

Questa tipologia ascoltatoria e' simile ai rilievi ascoltati in presenza di RCC di altre patologie (essendo i dispositivi di blocco arteriolare neoformati-patologici di per se' aspecifici). Tuttavia, la loro localizzazione e' altamente specifica e quindi strettamente associata ad un processo patologico ben specifico, sia incipiente sia conclamato.

Le anomalie congenite del microcircolo, funzionali-strutturali, se non sottoposte a terapia appropriata, sono progressive, evolvendo dallo stadio preclinico, caratterizzato dall'attivazione microcircolatoria dissociata di tipo 2, ad uno stadio completamente dissociato di attivazione microcircolatoria di tipo 3:

Sindrome di Allegra

In condizioni di stimolazione **intensa**, per valutare l'assenza o la presenza di RRC, e di patologia conclamata, e' importante la corretta valutazione del tempo di latenza dell'incremento della *vasomotility*.

Nel normale è **simultanea**; nel RRC di ALS, il Tempo di Latenza osservato è di circa 2 secondi, mentre in caso di patologia conclamata è 5 secondi o più.

L'allungamento del Tempo di Latenza dell'incremento della *vasomotility* da stimolazione **intensa** e' riconducibile al danno istantico acidotico e quindi alla alterazione dei **Glicocalici locali**, in relazione con l'evoluzione da una sindrome pre-metabolica ad una sindrome metabolica.

Sergio Stagnaro. Il Glicocalice nella Diagnosi Semeiotico-Biofisico-Quantistica di Terreno Oncologico di Di Bella. 21

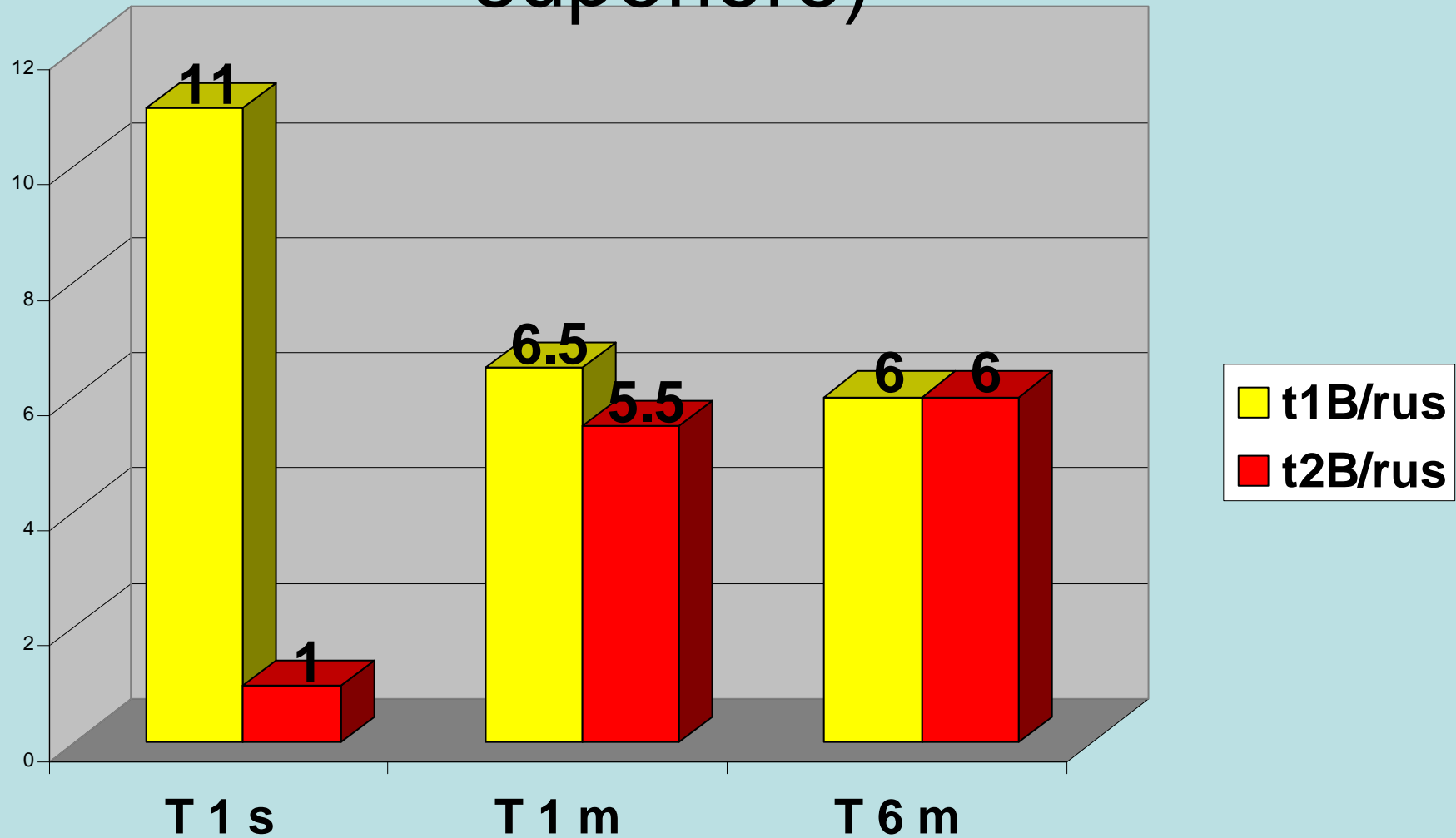
febbraio 2011. <http://www.fcenews.it>, [http://www.fceonline.it/images/docs/glicocalice oncologico valutazione.pdf](http://www.fceonline.it/images/docs/glicocalice%20oncologico%20valutazione.pdf)

L'intensità del riflesso (in cm.) è in funzione della dilatazione viscerale: la dilatazione fisiologica normale degli ureteri è di circa 2 cm, valore che si riduce progressivamente in caso di RRC o di ALS conclamata.

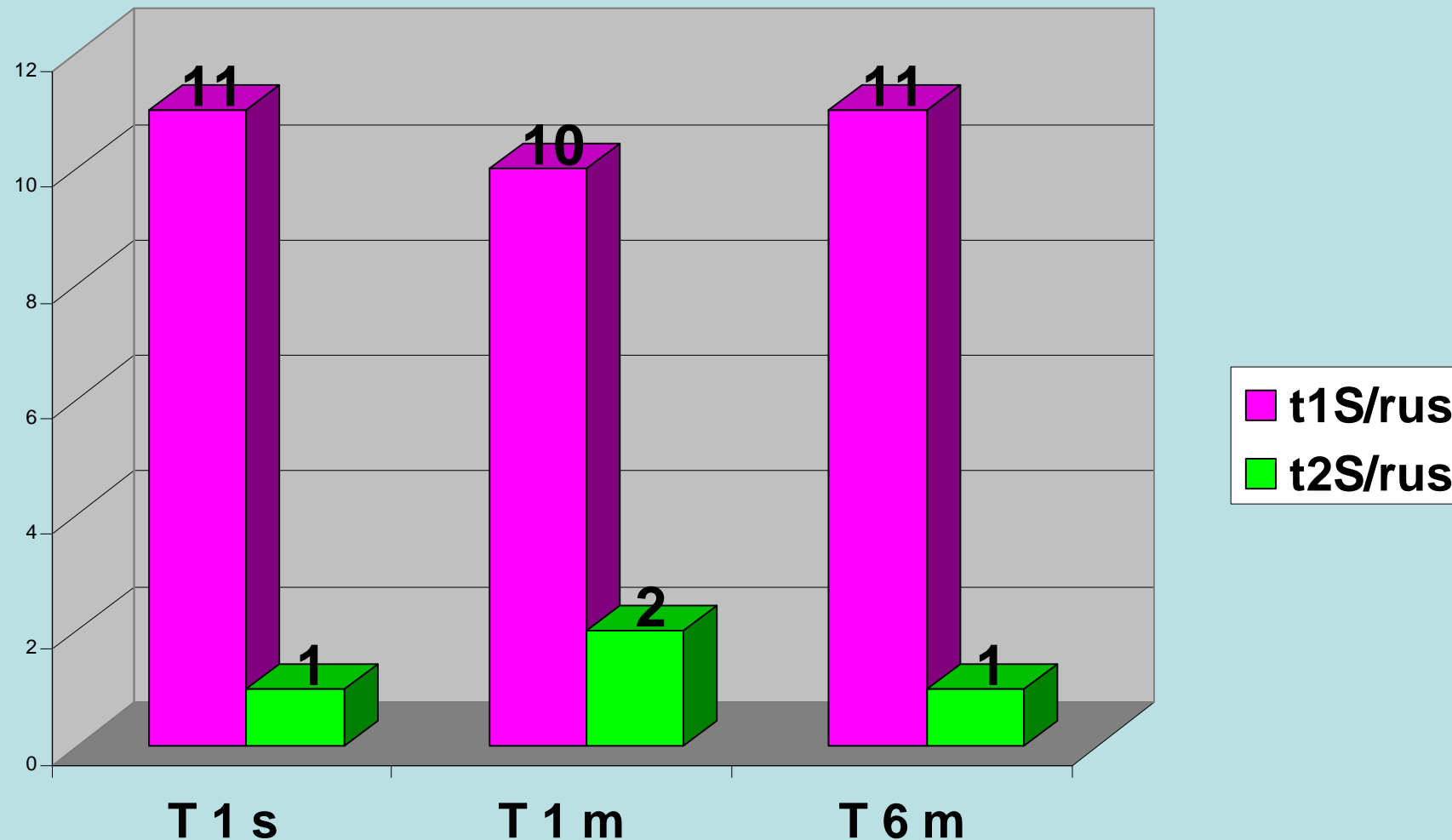
I metodi semeiotico-biofisco-quantistici sono utili nella diagnosi clinica, e nel monitoraggio terapeutico, per valutare l'efficacia delle strategie terapeutiche utilizzate.

I *test* SBQ si sono rivelati affidabili per valutare l'attività microcircolatoria, prima e dopo il trattamento terapeutico, secondo la Teoria dell'Angiobiopatia.

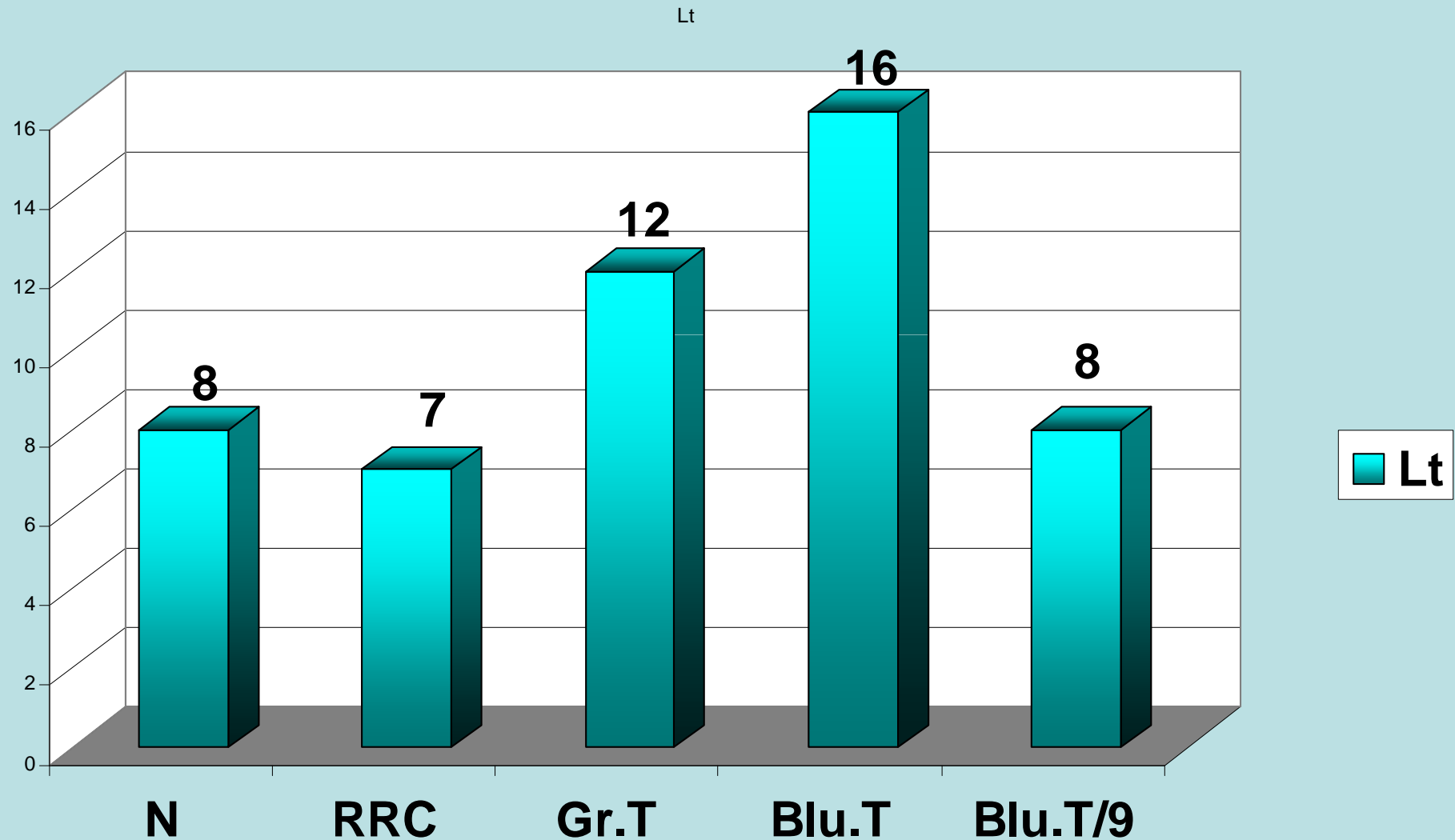
Type B therapy (riflesso ureterale superiore)



Type B therapy (riflesso ureterale inferiore)



B therapy (latenza ALS-Ce.G.A.R.)



Durante la Green Therapy, il tempo di latenza del Riflesso da 8 sec. sale a 12 secondi. Tuttavia, questa terapia, per poter mantenere un adeguato livello di energia libera endocellulare e l'attivazione microcircolatoria, deve essere continua nel tempo, per evitare la diminuzione del tempo di latenza ai valori del RRC di ALS.

In presenza di ALS, RRC in evoluzione e di patologia conclamata, il tempo di latenza ALS-Ce.G.A.R. e' sempre inferiore ad 8 secondi: tramite B therapy esso raddoppia (16 sec) il suo valore basale per poi, dopo nove mesi di terapia, stabilizzarsi sul valore normale di 8 secondi, associato ad un attivazione microcircolatoria fisiologica di tipo 1, stabile nel tempo (tutte le variazioni dei tempi di latenza sono rilevabili attraverso la percussione auscultata dei riflessi ureterali)

Dall'inizio della Blu Therapy, l'incremento del tempo di latenza del Riflesso Gastrico aspecifico, espressione della concomitante ristrutturazione del microcircolo, va di pari passo con l'intensa attivita' di ristrutturazione e riprogrammazione genomica parenchimale, che dura circa 9 mesi, base genetica della ristrutturazione microcircolatoria locale, secondo la Teoria dell'Angiobiopatia.

La Blu Therapy è in grado di eliminare
il RRC di ALS: il primo caso guarito dal
Dr. S. Stagnaro nell' Agosto 2012