

Reale Rischio Congenito di Infarto miocardico Fondamentali Aspetti Teorici.

Sergio Stagnaro

Per comprendere nel modo migliore la fisiopatologia del Reale Rischio Congenito di Infarto Miocardico, risultato di una recente ricerca ancora in corso, <http://sergiostagnaro.wordpress.com/2014/01/22/oltre-il-segno-di-caotino-manovra-di-titti-nella-diagnosi-di-rrc-di-cad-con-o-senza-predisposizione-allinfarto-miocardico/>, ed oggetto del presente articolo, il Medico deve possedere una sicura conoscenza del Reale Rischio Congenito (RRC) di CAD (1-28) e di Aneurisma Aortico Addominale (29).

Per generale ammissione degli Autori e delle competenti Autorità sanitarie, la CVD, inclusa la CAD, rappresenta la prima causa di morte al mondo.

Bisogna prima di tutto comprendere perché solo una parte di pazienti colpiti da CAD soffrono poi di IMA, indipendentemente dalla sua gravità e dalla presenza dei fattori ambientali di rischio, che sono almeno 300! Notoriamente, l'infarto miocardico può colpire anche individui con coronarie *apparentemente* sane, ma sede di RRC di IMA.

In realtà, senza questo rischio, non riconosciuto dal Laboratorio e dal più aggiornato Dipartimento delle Immagini, l'IMA non insorge (9).

Questi fatti inconfutabili suggeriscono l'esistenza di una *variante* di RRC di CAD di singolare gravità.

Riflettendo sui meccanismi fisiopatologici alla base della Teoria Microcircolatoria dell'Aterosclerosi (2, 20-22, 29), ho teorizzato - Ipotesi 0 - una *variante* particolarmente grave di RRC di CAD, *conditio sine qua non* dell'IMA, caratterizzata da un singolare tipo di Dispositivi Endoarteriolarari di Blocco (DEB) di tipo I e sottotipo B), aspecifici, a sede nelle piccole arterie, sec. Hammersen la cui capacità funzionale è assai compromessa a causa della loro scarsa contrattilità. Ne consegue una significativa riduzione del flusso microcircolatorio diretto ai capillari nutrizionali anche se questi DEB sono localizzati in circoscritte sedi dei *vasa-vasorum* coronarici, causa di intensa alterazione della locale Riserva Funzionale Microcircolatoria e quindi di sofferenza acidotica particolarmente grave, a seguito appunto della riduzione della portata ematica al locale tessuto (29).

Non esiste finora un modello efficace per il calcolo del rischio di patologia cardiovascolare, compreso quello pubblicato su *Circulation*, pubblicato online il 12 Novembre 2013:

<http://circ.ahajournals.org/content/early/2013/11/11/01.cir.0000437741.48606.98>: Stone and Peter W.F. Wilson Jennifer Robinson, J. Sanford Schwartz, et al. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice 2013 ACC/AHA Guideline on the Assessment of Cardiovascular Risk.

Come l'esperienza dimostra, i numerosi modelli esistenti, italiani e stranieri, suggeriti per il calcolo del rischio cardiovascolare, rivelatisi costosi ma ben poco utili, sono fondati sulla valutazione dei principali fattori di rischio *ambientali*, la cui reale importanza è smentita dal fatto che la CVD, inclusa la CAD, è tuttora una epidemia in continuo aumento e la prima causa di morte nel mondo, affermazione su cui tutti i Medici sono d'accordo.

A questo proposito ricordo che circa il 40% dei casi di IMA non rivelano significativi fattori di rischio noti, come dimostra il mio caso personale.

Una lunga esperienza al letto del malato mi permette di affermare che senza il Reale Rischio Congenito di CAD tutti i fattori ambientali di rischio, gli unici considerati nei vari metodi per il calcolo della predisposizione alla cardiopatia ischemica, sono innocenti spettatori (9).

Come riferirò nel prossimo articolo dedicato alla **Diagnosi Clinica del RRC di IMA**, esistono vari metodi diagnostici SBQ, affidabili ma di differente eleganza, raffinatezza, difficoltà di applicazione ed abbondanza di informazioni fornite.

Tra questi, il metodo più semplice per riconoscere dalla nascita il RRC di IMA è fondata sulla valutazione accurata dei valori parametrici del Riflesso Cardio-Gastrico aspecifico, ricercato con stimolazione “intensa”, **Segno di Caotino**, e successivamente impiegando una stimolazione di media intensità, **Segno di Gentile** (18).

(V. Video e Testo Percussione Ascoltata dello Stomaco in www.sisbq.org, <http://www.sisbq.org/percussione-ascoltata-dello-stomaco.html>).

Per comprendere con sicurezza le cause delle modificazioni dei valori parametrici del riflesso cardiogastrico aspecifico, è inevitabile la conoscenza dei valori parametrici del riflesso gastrico aspecifico, correlati con ben precise condizioni microcircolatorie, sia fisiologiche sia patologiche (Video e Diapositive: <http://www.sisbq.org/formazioneroma2013.html>).

Analizziamo di seguito il significato ed il senso dell'intensità dello stimolo dei *trigger-points* nella Semeiotica Biofisica Quantistica. Innanzitutto è opportuno sottolineare che gli aggettivi, con cui la stimolazione è indicata, ben lontano da essere “qualitativi”, indicando le dine/cm² di superficie necessarie per attivare precise strutture dell'unità microvascolotessutale, sono in realtà “quantitativi”.

**Basi Microcircolatorie del
Riflesso Gastrico Aspecifico**

Nel **SANO**, se **Pr. Media**: Tempo di Latenza 8 sec. → Durata: > 3 sec. < 4 sec. →
Tempo di Latenza Differenziale: 16 sec.

Eventi microcircolatori associati

Diastole Arteriolare: ↑ X 8 sec. → (pH ↑) Rinforzo x 3 sec., → intensa e rapida Sistole Arteriolare.
Anastomosi AV: *modicamente* aperte ↑ X 8 sec.
→ totalmente chiuse;
Capillari-Venule: **CHIUSI** X 8 sec. → Diastole
Capillare ↑↑ X > 3 < 4 sec. → Sistole X 16 sec.

Fig. 1

Nel sano, la pressione digitale di media intensità, applicata sopra il precordio, dopo un tempo di latenza di 8 sec., provoca il Riflesso Gastrico aspecifico (Fig. 1). La durata del riflesso è maggiore di 3 sec. e inferiore a 4 sec., direttamente correlato con la Riserva Funzionale Microcircolatoria. Il tempo di latenza differenziale (= durata dell'intervallo che precede il successivo riflesso) è esattamente 16 sec., doppio del valore di base : **Segno di Gentile negativo** (18).

Esaminiamo ora gli eventi microcircolatori alla base dei valori parametrici del riflesso. A causa della pressione digitale di media intensità, la diastole arteriolare (= dilatazione del “cuore periferico”, sec. Claudio Allegra) aumenta per 8 sec. (= Tempo di Latenza), durante i quali il flusso

di sangue è fortemente rallentato e conservato in massima quantità nelle piccole arterie e arteriole dilatate, dove il pH aumenta, mentre distalmente, nei capillari nutrizionali e nel parenchima, l'acidosi lentamente peggiora.

A partire da 9 sec. dall'inizio del *test*, si osserva un rinforzo della dilatazione arteriolare della durata di 3 sec. precisi. Questo evento spiega perché la durata del riflesso gastrico aspecifico, anche nel sano, non può scendere a 3 sec.

Segue a questo punto intensa la contrazione delle piccole arterie ed arteriole, sistole del "cuore periferico", che spinge una quantità di sangue significativamente maggiore del normale a riposo verso i *nutritional capillaries*, favorita dal comportamento delle Anastomosi Artero-Venulari, in questo momento completamente chiuse, mentre in precedenza, per la durata di 8 sec., erano parzialmente aperte, causando la deviazione del flusso ematico e quindi partecipando all'abbassamento del pH a valle, sopra riferito.

Si comprende così l'iniziale chiusura di capillari e venule di primo ordine per la durata di 8 sec. (= cessazione della *vasomotion*) e della successiva intensa dilatazione dei capillari nutrizionali per un periodo maggior di 3 sec. e minore di 4 sec. (=Riserva Funzionale Microcircolatoria).

Questi eventi, macro- e micro-scopici, sopra illustrati, sono nettamente differenti quando la pressione digitale, applicata sopra un punto qualsiasi del precordio, è "intensa" (Fig. 2).

Basi Microcircolatorie del Riflesso Gastrico Aspecifico

Se Pr. Intensa: Tempo di Latenza: 16 sec. →

Durata: > 3 sec. < 4 sec. →

Tempo di Latenza Differenziale: 32 sec.

Eventi microcircolatori associati

Diastole Arteriol. ↑↑x 16 sec. → (pH ↑) Rinforzo x 3 sec. → Sistole; Anastomosi AV: **chiuse**

Capillari-Venule ↑↑ X 16 sec. Riflesso > 3 < 4 sec.

Rinforzo x 3 sec. → Scomparsa del Rifl-g-a.

→ Diastole Arteriolare successiva: **32 sec.**

Fig.2

Nel sano, la pressione digitale "intensa", esercitata sopra un punto qualsiasi del precordio (= realtà non-locale nei sistemi biologici), dopo un tempo di latenza di 16 sec. (valore doppio di quanto si osserva di base, a riposo, quando la stimolazione dei *trigger-point* cardiaci è di media intensità) provoca il riflesso gastrico aspecifico, la cui durata è > 3 sec. < 4 sec.: **Segno di Caotino negativo** (18) (Fig.2).

Esaminiamo ora gli eventi microcircolatori associati, sia nel miocardio sia nelle pareti delle coronarie, come conseguenza della realtà non-locale nei sistemi biologici, evidenziata in questa condizione sperimentale di intensa stimolazione.

Le piccole arterie e arteriole si dilatano per 16 sec., com'è la durata del tempo di latenza del riflesso! Segue una ulteriore dilatazione arteriolare dalla durata di 3 sec. precisi ed infine si osserva la veloce sistole (= il riflesso ureterale superiore rapidamente scompare).

Interessante il fatto che durante la fase sistolica della *vasomotility* le anastomosi sono chiuse e il sangue pertanto fluisce “completamente” verso i capillari nutrizionali, allontanando i protoni accumulatisi lentamente durante il tempo di latenza e facendo scomparire l’acidosi istangica, causa del riflesso!

Concludo questo articolo teorico, necessario per comprendere i meccanismi fisiopatologici alla base del RRC di IMA, sottolineando il notevole valore diagnostico della durata del riflesso gastrico aspecifico, correlata con la Riserva Funzionale Microcircolatoria del tessuto esaminato.

Importanza della Durata del Riflesso g-a.

Nel Sano a riposo, la Durata del Riflesso è **> 3 sec. < 4 sec.**

Se la Durata non supera i **6 sec.**, il Tempo di Latenza persiste normale: la **lieve Acidosi Istangica non è evidenziata dal Tempo di Latenza.**

Il Tempo di Latenza **diminuisce**, indicando ACIDOSI locale **critica**, soltanto quando la Durata supera i **6 sec.** Ruolo Diagnostico della Durata nel Monitoraggio Terapeutico

Importante: la Contrazione Gastrica tonica appare quando il Tempo di L. scende sotto i **6 sec.!**

Nel RRC di CAD senza predisposizione all’IMA, la durata del riflesso, ovviamente patologica (NN = superiore a 3 sec. e inferiore a 4 sec.) non supera i 5 sec., perché le alterazioni microcircolatorie sono provocate da DEB, neoformati-patologici, tipo I, sotto tipo b) aspecifici, ancora sufficientemente contrattili, capaci di assicurare ancora una sufficientemente valida *flow-motion*.

Nel prossimo articolo illustrerò gli aspetti diagnostici. Nella metodica più semplice sono utilizzati appunto i valori della durata del riflesso cardio-gastrico aspecifico, superiore ai 5 sec., nel RRC di IMA, in relazione alla gravità della predisposizione all’infarto miocardico, caratterizzato da DEB molto più rigidi e causa di maggiore ostacolo alla *flow-motion* microcircolatoria: detto tecnicamente, il “rimodellamento microcircolatorio” nel RRC di IMA provoca centralizzazione del flusso ematico con elevata apertura delle AVA.

Interessante il fatto che **il tempo di latenza in secondi dell’attivazione dei glicocalici** delle mio-cellule e delle cellule parieto-vasali delle coronarie (utilizzato nella forma diagnostica più raffinata) è identico alla **durata del riflesso cardio-gastrico aspecifico.**

Al contrario, nel sano, l’attivazione dei glicocalici, per esempio, durante la **Manovra di Titti**, è “simultaneo” (30, 31).

Da quanto riferito, si evidenzia una significativa coerenza interna ed esterna tra i valori micro circolatori e i dati macroscopici dei vari valori parametrici del Riflesso Cardio-Gastrico aspecifico.

CAD INHERITED REAL RISK REFERENCES

- 1) Sergio Stagnaro (29 May 2008) Bedside Recognizing CAD Inherited Real Risk and silent CAD with Biophysical Semeiotics. <http://www.lipidworld.com/content/7/1/19/comments>
- 2) Sergio Stagnaro and Simone Caramel (2012) Quantum Biophysical Semeiotics Microcirculatory Theory of Arteriosclerosis – www.sisbq.org, *Journal of Quantum Biophysical Semeiotics, first version*, http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/ats_qbs_mctheory.pdf
- 3) Sergio Stagnaro, Use of multiple markers and improvement of the prediction model for cardiovascular mortality, www.nature.com, 21 May, 2008 <http://network.nature.com/forums/pmgs/1587?page=1>
- 4) Stagnaro Sergio. CAD Inherited Real Risk, Based on Newborn-Pathological, Type I, Subtype B, Aspecific, Coronary Endoarteriolar Blocking Devices. Diagnostic Role of Myocardial Oxygenation and Biophysical-Semeiotic Preconditioning. *International Atherosclerosis Society*. www.athero.org, 29 April, 2009 <http://www.athero.org/commentaries/comm907.asp>
- 5) Sergio Stagnaro Bed-side biophysical semeiotic recognizing CAD "inherited real risk" and overt CAD, event silent. I: (18 October 2003). www.bmj.com, <http://www.bmj.com/cgi/eletters/327/7420/895>
- 6) Sergio Stagnaro Assessing NK cell compartment in individuals with CAD Inherited Real Risk. *Immunity & Aging*, (14 May 2007), <http://www.immunityageing.com/content/4/1/3/comments>
- 7) Sergio Stagnaro. Bedside Biophysical-Semeiotic Recognizing CAD Real Risk and silent CAD. *Journal Review*, <http://journalreview.org/v2/articles/view/16449729.html>
- 8) Sergio Stagnaro. A Clinical Biophysical-Semeiotic Contribution reliable in prompt recognizing CAD, even silent. *BMC Cardiovascular Disorders*, 2005, <http://www.biomedcentral.com/1471-2261/5/5/comments>
- 9) Sergio Stagnaro. Without CAD Inherited Real Risk, All Environmental Risk Factors of CAD are innocent Bystanders. *Canadian Medical Association Journal*. CMAJ, 14 Dec 2009, <http://www.cmaj.ca/content/181/12/E267/reply>
- 10) Stagnaro Sergio. Role of Coronary Endoarterial Blocking Devices in Myocardial Preconditioning - c007i. *Lecture, V Virtual International Congress of Cardiology*, 2007. <http://www.fac.org.ar/qcvc/llave/c007i/stagnaros.php>
- 11) Sergio Stagnaro. A Clinical Method far better than Blood Cell Count in CAD Primary Prevention. www.bmj.com, 2005, <http://www.bmj.com/cgi/eletters/330/7493/690>
- 12) New bedside way in Reducing mortality in diabetic men and women. *Ann Int Med*. 2007. <http://www.annals.org/cgi/eletters/147/3/149>
- 12) Sergio Stagnaro. Biophysical Semeiotics is really useful in order to bed-side recognizing heart ischaemic disease, even before its onset, i.e., real risk of coronary artery disease. *BMC Cardiovascular Diseases*, 2004, <http://www.biomedcentral.com/1471-2261/3/12/comments>
- 13) Stagnaro Sergio. Bedside Evaluation of CAD biophysical-semeiotic inherited real risk under NIR-LED treatment. EMLA Congress, Laser Helsinki August 23-24, 2008. "Photodiagnosis and photodynamic therapy", Elsevier, Vol. 5 suppl 1 august 2008 issn 1572-1000.
- 14) Sergio Stagnaro Biophysical-Semeiotic Diagnosing CAD "real" risk, as well as pre-clinical and clinical CAD. www.bmj.com, (12 September 2003) <http://bmj.bmjournals.com/cgi/eletters/327/7415/591>
- 15) Sergio Stagnaro Bedside Biophysical Semeiotic Evaluation of Acute Phase Proteins. *Ann Family Med*. 2008, <http://www.annfammed.org/cgi/eletters/6/2/100>

- 16) Sergio Stagnaro. EBM "and" Single Patient Based Medicine, *Medical News today*, 2007, <http://www.medicalnewstoday.com/youropinions.php?opinionid=23466>
- 17) Sergio Stagnaro. Inherited Real Risk of CAD and Cancer, [www.nature.com](http://blogs.nature.com/news/thegreatbeyond/2008/01/can_shining_lights_on_your_hea_1.html), 2008, http://blogs.nature.com/news/thegreatbeyond/2008/01/can_shining_lights_on_your_hea_1.html
- 18) Sergio Stagnaro (2012). I Segni di Caotino* e di Gentile** nella Diagnosi di Reale Rischio Congenito di CAD e di Infarto Miocardico, ancorché iniziale o silente. Fisiopatologia e Terapia. *Lectio Magistralis*. III Convegno della SISBQ, 9-10 Giugno 2012, Porretta Terme (Bologna). www.sisbq.org. http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/presentazione_stagnaro_it.pdf ; English version: http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/presentazione_stagnaro_eng.pdf
- 19) Stagnaro Sergio. Reale Rischio Semeiotico Biofisico. I Dispositivi Endoarteriolar di Blocco neoformati, patologici, tipo I, sottotipo a) oncologico, e b) aspecifico. Ediz. Travel Factory, www.travelfactory.it, Roma, 2009.
- 20) Simone Caramel and Sergio Stagnaro (2012). Vascular calcification and Inherited Real Risk of lithiasis. *Front. In Endocrin.* 3:119. doi: 10.3389/fendo.2012.00119 http://www.frontiersin.org/Bone_Research/10.3389/fendo.2012.00119/full [MEDLINE].
- 21) Sergio Stagnaro and Simone Caramel (2013). The Inherited Real Risk of Coronary Artery Disease, *Nature PG., EJCN, European Journal Clinical Nutrition, Nature PG., 67, 683 (June 2013) | doi:10.1038/ejcn.2013.37*, <http://www.nature.com/ejcn/journal/v67/n6/full/ejcn201337a.html>. [MEDLINE].
- 22) Sergio Stagnaro (2013). Two Clinical Evidences Corroborating Microcirculatory Quantum-Biophysical-Semeiotic Theory of Atherosclerosis. *Lectio Magistralis*, IV Congress of SISBQ, Porretta Terme (Bologna), 4-5 May, 2013 www.sisbq.org, http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/atherotheory_evidences.pdf
- 23) Sergio Stagnaro and Simone Caramel. The Key Role of Vasa Vasorum Inherited Remodeling in QBS Microcirculatory Theory of Atherosclerosis. *Frontiers in Epigenomics and Epigenetics*. http://www.frontiersin.org/Epigenomics_and_Epigenetics/10.3389/fgene.2013.00055/full [MEDLINE]
- 24) Sergio Stagnaro (2013). Two Clinical Evidences corroborating Microcirculatory QBS Theory of Atherosclerosis. *Lectio Magistralis*, IV Meeting of Quantum Biophysical Semeiotics International Society, May 4-5, 2013, Porretta Terme, Bologna, Auditorium, Hotel Santoli. *Journal of QBS*, http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/atherotheory_evidences.pdf
- 25) Sergio Stagnaro (2013). Abdominal Aortic Aneurism Inherited Real Risk: Patho-Physiology, Quantum-Biophysical-Semeiotic Symptomatology, Diagnosis and Therapy. www.sisbq.org. *Journal of Quantum Biophysical Semeiotics*. http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/aaa_irr_lectio_magistralis_2013.pdf
- 26) Sergio Stagnaro, Simone Caramel. Inherited Real Risk of Coronary Artery Disease: pathophysiology, diagnosis and primary prevention. *Epidemiology and Cardiovascular Prevention*. Brief Communication. 8th International Congress of Cardiology in the internet. Published: 28 October 2013. FAC Federaciòn Argentina de Cardiologia http://fac.org.ar/8cvc/llave/tl054_stagnaro/tl054_stagnaro.php - PDF
- 27) Sergio Stagnaro. CAD Inherited Real Risk In Preventing Myocardial Infarct. <http://www.sci-vox.com>, 13 September, 2010. <http://www.sci-vox.com/stories/story/2010-09-13cad+inherited+real+risk+in+preventing++myocardial+infarct.html>
- 28) Simone Caramel (2010). Coronary Artery Disease and Inherited Real Risk of CAD. *Journal of Quantum Biophysical Semeiotics*. http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/cad_caramel.pdf
- 29) Sergio Stagnaro. Abdominal Aortic Aneurism Inherited Real Risk: Patho-Physiology, Quantum-Biophysical-Semeiotic Symptomatology, Diagnosis and Therapy. www.sisbq.org. *Journal of Quantum*

Biophysical Semeiotics. Lectio Magistralis, SISBQ Meeting, 9,10 November, 2013, Rome.
http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/aaa_irr_lectio_magistralis_2013.pdf

30) Sergio Stagnaro and Simone Caramel (2011) Skeletal Muscle Cell Glycocalix Evaluation during CFS Treatment corroborates Andras Pellionisz's Recursive Fractal Genome Function Principle – 2011
<http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/cfsglycocalyx.pdf>

31) Sergio Stagnaro (2011) Glycocalix Quantum-Biophysical-Semeiotic Evaluation plays a Central Role in Demonstration of Water Memory-Information – 2011
http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/wmi_glycocalyx.pdf

Reale Rischio Congenito di Infarto Miocardio Diagnosi e Terapia.

Sergio Stagnaro

La diagnosi del Reale Rischio Congenito di Infarto Miocardico (RRC IMA), illustrata di seguito, è divisa in 6 paragrafi, di cui i primi tre (paragrafi A, B e C) sono di facile comprensione anche da parte dei Medici con scarsa conoscenza della Semeiotica Biofisica Quantistica, che alla fine saranno sicuramente capaci di riconoscere ed eliminare il RRC IMA.

I successivi tre paragrafi (D, E ed F) sono destinati ai Medici esperti in Semeiotica Biofisica Quantistica, che sanno raccogliere ed utilizzare le necessarie informazioni per diagnosticare dalla nascita il RRC IMA in modo quantitativo, e monitorarlo sotto terapia.

In ogni caso, terminata la lettura dell'articolo, pur ignorando la parte più tecnica, anche il Medico che familiarizzerà con i primi tre paragrafi, determinato a risolvere il problema riguardante l'IMA "improvviso e imprevisto", sarà in grado di riconoscere il RRC IMA ed eliminarlo definitivamente con la Terapia Quantistica.

Inoltre, giunto alla conclusione dell'articolo, il Medico dovrà riconoscere che non ha più senso alcuno discutere ulteriormente dei numerosi, costosi, approssimativi calcoli del rischio cardiovascolare, rivelatisi tutti incapaci di fermare l'epidemia di CAD e IMA, tuttora in continuo aumento (1).

Essenziali Strumenti Diagnostici della Semeiotica Biofisica Quantistica Cardiologica

Nell'applicazione della Semeiotica Biofisica Quantistica (SBQ) è importante sottolineare la necessità di ricorrere a manovre di sensibilizzazione – *stress tests* - quando un segno risulta negativo alla valutazione di base.

Infatti, esistono i falsi negativi, circa 10%, che non sfuggono alla indagine mediante numerose *prove da sforzo*, tra cui ricordo le seguenti:

Manovra di Bardi (2, 3) (= pressione medio-intensa applicata 2 cm. sopra il meato uditivo esterno, sede della proiezione cutanea del centro neuronale del GH-RH);

Manovra di Titti (4) (= pressione digitale sopra il trago tra pollice e indice);

Manovra di Restano (5) (= Test dell'Apnea associata al Test del Pugile), eccetera.

Nella quotidiana attività sono consigliabili le prime due Manovre, di Bardi e di Titti, di pratica applicazione.

Il difficile nell'oggi sarà routine nel domani. Pertanto, di seguito sono elencate le valutazioni di tutti i segni SBQ da ricercare e valutare accuratamente durante la visita medica per riconoscere il RRC IMA. Tuttavia, la sola conoscenza sicura del **Riflesso Cardio-Gastrico specifico** (Fig. 1) permette al Medico di riconoscere, quantificare e monitorare sotto terapia, in modo affidabile, il RRC di IMA a partire dalla nascita.

- 1) Valutazione dei valori parametrici del Riflesso Cardio-Gastrico specifico;
- 2) Segno di Caotino (= stimolazione digitale "intensa" di un punto qualsiasi del Precordio);
- 3) Segno di Gentile (= stimolazione digitale, o manuale, "di media intensità" applicata sopra il Precordio);

- 4) Precondizionamento del miocardio. Dopo 5 secondi precisi dalla fine della valutazione di base del Riflesso Cardio-Gastrico aspecifico, si procede ad una seconda indagine dei valori parametrici di questo riflesso, confrontandone i valori parametrici con quelli osservati nella precedente valutazione di base;
- 5) Valutazione dell'attività dei glicocalici delle cellule muscolari lisce delle pareti microvasali e quindi di quelli delle cellule miocardiche;
- 6) Manovra di Titti;
- 7) Manovra di Bardi
- 8) Segno di Corte;
- 9) Ecocardiogramma Semeiotico-Biofisico-Quantistico.
- 10) Valutazione della PCR e delle Citochine Infiammatorie
- 11) Valutazione dell'Attivazione Microcircolatoria di base e durante Prove da Sforzo.

Semplice e rapida Diagnosi di Reale Rischio Congenito di Infarto Miocardico.

Per riconoscere il RRC di IMA il Medico deve saper eseguire la Percussione Ascoltata dello Stomaco (Descrizione e Video in www.sisbq.org e Pagina Tecnica N° 1 in www.semeioticabiofisica.it) (Fig. 1).

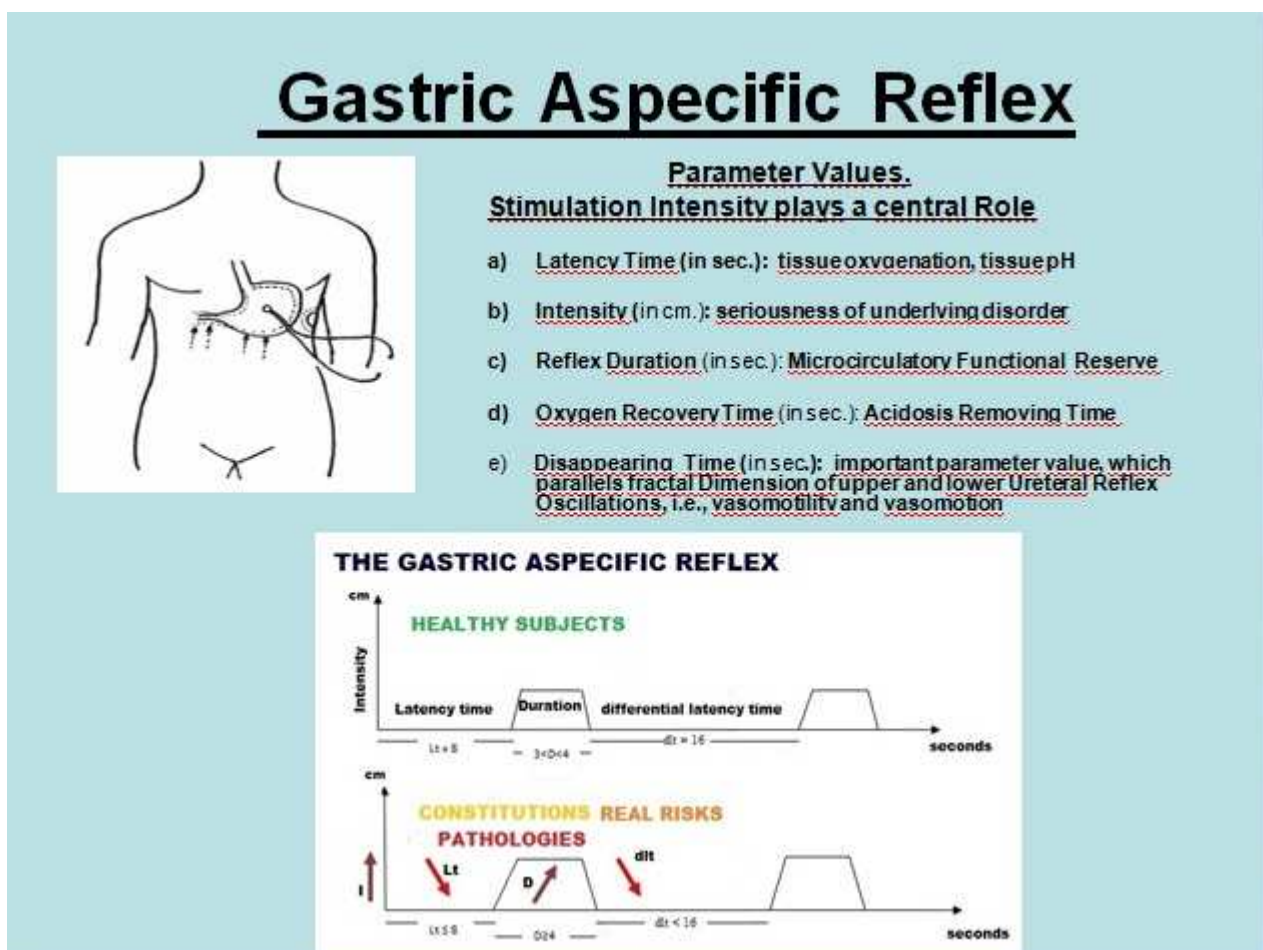


Fig. 1.

A) L'Esame Obiettivo inizia con la ricerca del **Segno di Caotino**, manovra affidabile per diagnosticare il Reale Rischio Congenito di CAD, con o senza predisposizione all'IMA (6-28).

Se l'esito è **negativo**, è necessario ricercarlo una seconda volta durante gli *stress tests*, sopra ricordati) per evitare i rari falsi-negativi. In pratica, è consigliabile applicare la Manovra di Bardi e la Manovra di Titti.

Quanto segue permette al Medico, anche se poco esperto in SBQ, di riconoscere, a partire dalla nascita, gli individui predisposti alla CAD e all'IMA (Vedere avanti). In realtà, è noto che non tutti i casi di cardiopatia ischemica esitano nell'infarto del miocardio (1).

Nel sano, a partire dalla nascita, la pressione digitale "intensa", applicata sopra un punto qualsiasi del precordio, a causa della realtà non-locale nei sistemi biologici, "simultaneamente" non causa il riflesso gastrico aspecifico (Fig. 1: nello stomaco, il corpo e il fondo sono dilatati, mentre il giunto antro-pilorico è contratto). Il riflesso, cioè, non appare "simultaneamente", nemmeno se ricercato mediante le prove da sforzo, sopra ricordate, da eseguire sempre per escludere i falsi-negativi: **Segno di Caotino negativo**.

Al contrario, in presenza di Reale Rischio Congenito di CAD, con o senza predisposizione all'IMA, nelle stesse condizioni sperimentali sopra illustrate (come sottolineato in precedenza, nel 10% dei casi è necessario ricorrere alle manovre di sensibilizzazione: falsi negativi), si osserva "simultaneamente" il riflesso gastrico aspecifico: **Segno di Caotino positivo**.

A questo punto, il Medico calcola l'intensità del riflesso valutandola in cm. In pratica, è calcolata l'intensità dell'abbassamento di un breve segmento del margine inferiore della proiezione della grande curva gastrica, che permette di riconoscere la predisposizione all'IMA.

Nel RRC di CAD, senza predisposizione all'IMA, l'intensità del riflesso non raggiunge 2 cm., mentre, nella predisposizione all'infarto miocardio, l'intensità del riflesso risulta ≥ 2 cm., raggiungendo il valore massimo di 5 cm. Questo valore parametrico è in diretta relazione con la gravità della sofferenza coronarica, caratterizzata da acidosi istamica (1).

B) Una volta riconosciuto il RRC di CAD con predisposizione all'IMA, il Medico valuta accuratamente i valori parametrici del Riflesso Cardio-Gastrico aspecifico, attuato con pressione digitale, o manuale, di "media" intensità: **Segno di Gentile**. Questo procedimento permette la esatta localizzazione del "rimodellamento microcircolatorio" coronario: V. paragrafo C.

Nel sano, durante pressione digitale, o manuale, "medio-intensa", applicata sopra il precordio, dopo un Tempo di Latenza di 8 sec. si osserva il Riflesso Cardio-Gastrico aspecifico, che mostra la durata di < 3 sec. > 4 sec.; l'intensità è inferiore ai 2 cm.

Al contrario, nel RRC di CAD, senza predisposizione all'IMA, il Tempo di Latenza è ancora normale (NN = 8 sec.) ma la durata è patologica: ≤ 4 sec > 5 sec.

Infine, nel RRC di CAD con predisposizione all'infarto del miocardio, il Tempo di Latenza è fisiologico (NN = 8 sec.), ma la durata è elevata, 5–6 sec., in rapporto alla gravità della sottostante tendenza all'IMA.

C) Precondizionamento cardiaco. Nella diagnosi e nella diagnosi differenziale del RRC di CAD, con o senza predisposizione all'IMA, un ruolo di primaria importanza è svolto dal precondizionamento cardiaco, illustrato in precedenti lavori (10, 18, 19).

Nel sano, nella seconda valutazione del Riflesso Cardio-Gastrico aspecifico, eseguita esattamente **dopo 5 sec. dalla fine** della indagine di base, il Tempo di Latenza sale da 8 sec. a 16

sec., raddoppiando, a seguito dell'incrementato flusso di sangue nei microvasi locali, conseguenza della temporanea acidosi istagica causata dall'esperimento (1).

Al contrario, in caso di RRC di CAD, con o senza predisposizione all'IMA, il Tempo di Latenza sale dal valore basale di 8 sec. a 15 sec., senza però raggiungere i 16 sec.

Interessante è il fatto che l'intensità dell'aumento di questo valore parametrico è in relazione inversa alla gravità del sottostante rischio, permettendo pertanto la diagnosi differenziale tra RRC di CAD con o senza predisposizione all'IMA.

In assenza della predisposizione all'IMA, il Tempo di Latenza del riflesso sale oltre il 50% del valore di base, raggiungendo quindi 13-15 sec., senza però raddoppiare come nel sano.

Al contrario, nel RRC di CAD **con predisposizione all'IMA**, l'aumento di questo valore parametrico è al massimo 12 sec., rivelando che l'aumento più elevato è del 50%.

A questo punto il Medico possiede la necessaria conoscenza di SBQ per fare diagnosi di RRC di CAD in modo affidabile e riconoscerne la forma più intensa con predisposizione all'IMA.

I Medici esperti in SBQ con sicura conoscenza della *Microangiologia Clinica* possono corroborare quanto osservato con l'iter diagnostico sopra descritto e porre una diagnosi elegante, raffinata e ricca di informazioni sulla situazione anatomo-funzionale di ben localizzati tratti di arterie coronariche, grazie alla Diagnostica Psicocinetica (48)

Infatti, una volta riconosciuto il RRC di IMA, il Medico esperto in SBQ corrobora e completa la diagnosi, perfezionandone i diversi risultati, impiegati poi nella pratica quotidiana e nella ricerca clinica.

D) Valutazione della PCR e delle Citochine Infiammatorie, illustrata nei dettagli alla URL <http://www.semeioticabiofisica.it/semeioticabiofisica/Documenti/Ita/C%20Reactive%20Protein.doc>

Questa raffinata indagine, rivelatasi affidabile se confrontata con l'analisi della PCR del Laboratorio ed utile in una ormai lunga esperienza al letto del malato, recita un ruolo importante nella diagnosi differenziale del RRC di CAD.

Infatti, PCR e citochine aumentano tipicamente nella predisposizione all'IMA, mentre nel RRC di CAD senza predisposizione all'IMA sono normali: la pressione ungueale sopra la proiezione del fegato e sopra il precordio provoca il Riflesso Gastrico aspecifico dopo 3-6 sec. (NN = 10 sec.): il valore quantitativo del tempo di latenza permette il monitoraggio terapeutico ottimale.

E) Valutazione dell'attività dei glicocalici delle *smooth muscle cells* e dei miociti (30, 31). Nel momento in cui finisce la diastole del "cuore periferico" coronarico, secondo Claudio Allegra, è attuata la Manovra di Bardi o di Titti (2-4).

Nel sano, "simultaneamente" all'inizio del *test*, le fluttuazioni microvascolari diventano massime, espressione del fisiologico funzionamento recettoriale e quindi della normale struttura dei glicocalici e della membrana cellulare, la cui normale anatomia indica indirettamente l'assenza di alterazioni genetiche nel n-DNA e nel mit-DNA (30, 31)

Al contrario, nelle stesse condizioni sperimentali, in presenza di RRC di CAD si osserva un tempo di latenza dell'attivazione microcircolatoria coronarica: nel RRC di CAD senza predisposizione all'IMA il tempo di latenza è di 2 sec., mentre nella forma con **predisposizione all'infarto del miocardio** questo valore parametrico sale a 5 o 6 sec., valore perfettamente identico alla durata del riflesso cardio-gastrico aspecifico osservato nella valutazione ai Punti **B)** e **C)**, ennesima espressione della coerenza interna ed esterna della Teoria Semeiotico-Biofisico-Quantistica.

F) Valutazione dell'Attivazione Microcircolatoria Coronarica (32, 33) . Essa permette al Medico di raccogliere al letto dell'esaminando, sano o malato, il massimo delle informazioni riguardanti il modo di essere e di funzionare delle unità microvascolotesstutali coronariche ed indirettamente dei relativi miociti, secondo la Teoria dell'Angiobiopatia (34-40).

Come mostra la Figura 2, la minima intensità della stimolazione dei *trigger-points*, relativi ai vari sistemi biologici, permette di raccogliere la maggiore quantità possibile di informazione sul loro modo di essere e di funzionare attuale.

Infatti, in questa condizione sperimentale si osservano le fluttuazioni del terzo superiore ed inferiore dell'uretere, tipiche della *vasomotility* e rispettivamente della *vasomotion* delle locali unità microvascolotesstutali, che rappresentano il fondamento della **Microangiologia Clinica** (5).



Fig. 2

Come in tutti gli altri Reali Rischi Congeniti, per esempio di cancro e DM tipo 2, anche nel RRC di CAD con o senza predisposizione all'IMA, osserviamo attivazione dissociata di tipo II, intermedio. Nel RRC di CAD senza predisposizione all'IMA la durata della diastole arteriolare (= *vasomotility*) è di 7 sec. (NN = 6 sec), necessaria per fornire la fisiologica quantità di materia-informazione-energia ai capillari nutrizionali a valle: la *vasomotion* la dilatazione è di 6 sec..

Al contrario, in presenza di predisposizione all'IMA la durata della diastole arteriolare è di 8 sec. o più, raggiungendo il massimo valore di 11 sec., in relazione alla gravità ed evoluzione della sottostante patologica.

Terapia Quantistica del Reale Rischio Congenito dei Infarto Miocardio.

La terapia quantistica, che elimina il RRC di CAD con o senza la predisposizione all'IMA, è ampiamente illustrata in precedenti lavori (41-47) (Fig. 3).

Reale Rischio Congenito di ATS Terapia

- a) **Dieta Mediterranea**, intesa etimologicamente (Esercizio muscolare, Peso Reale e Peso Ideale in Relazione ottimale, **Evitare Fumo di Tabacco**, ...
- b) **Istangioprotettori**: Acqua Termale Sulfidrilica (es. "**La Puzzola**"), Vit B, Carnetina, Bioflavonoidi, Antocianosidi (es. di MIRTILLO), **Melatonina** (es., Melatonina-Coniugata, sec. Di Bella-Ferrari), **Cellfood**, ...
- d) **Terapia Fisica**: LLLT, NIR-LED, CEM-TECH, Terapia Quantistica con Bicarbonato di Na, ...

Fig. 3

In una lunga esperienza, la Terapia Quantistica si è dimostrata capace di eliminare il "rimodellamento microcircolatorio", incluso quello coronario in ben precisi segmenti di arterie coronariche, anche quando il RRC di CAD era in evoluzione (6, 10, 14, 19), giustificando la mia definizione di **Terapia Ristrutturante**: V. Manifesto della Medicina Semeiotico-Biofisico-Quantistica Ristrutturante

<http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/manifestomedicinasbqristrutturante2013.pdf>.

Dopo in media 9 mesi dall'inizio della terapia quantistica il RRC di CAD, con o senza predisposizione all'IMA, non è più presente.

Postilla Conclusiva

Anatomia Funzionale del Reale Rischio Congenito di CAD con o senza IMA

Sergio Stagnaro

Per una perfetta comprensione della diagnosi differenziale tra Reale Rischio Congenito di CAD con e senza predisposizione all'Infarto del Miocardio, di seguito è illustrata in forma estremamente didattica l'Anatomia Funzionale del Rimodellamento Microvascolare alla base del Reale Rischio Congenito della CAD e dell'IMA.

Come si legge nella Tab.1, i valori parametrici del Segni di Caotino e del Segno di Gentile sono significativamente diversi dal punto di vista quantitativo.

Diagnosi differenziale del RRC di CAD con e senza Predisposizione all' IMA

	CAOTINO's	SIGN		GENTILE's	SIGN		
	Latency time (Lt) in seconds	Intensity (I) in cm		Latency time (Lt) in seconds	Latency time (Lt) after preconditioning (pause of 5 sec.)	Duration (D) in seconds	Intensity (I) in cm
Healthy subject	Lt = 16 sec	$I \leq 1$ cm		Lt = 8	Lt = 16	$3 < D < 4$	$I < 2$ cm
Inherited Real Risk of CAD (without predisposition to AMI)	Lt = 0 sec	$1 \text{ cm} < I < 2 \text{ cm}$		Lt = 8	$13 < Lt < 15$	$4 \leq D < 5$	$I \geq 2$ cm
Inherited Real Risk of CAD (with predisposition to AMI)	Lt = 0 sec	$2 \text{ cm} \leq I \leq 5 \text{ cm}$		Lt = 8	$Lt \leq 12$	$5 \leq D \leq 6$	$I > 2$ cm

Tab. 1

Bibliografia

- 1) Sergio Stagnaro (2014) - Il Reale Rischio Congenito di Infarto Miocardico. Fondamentali Aspetti Teorici. www.sisbq.org, http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/rrcinfartomiocardio_aspettiteorici.pdf
- 2) Sergio Stagnaro. Manovra di Bardi, affidabile, semplice e di rapida applicazione, nel riconoscere in 10 secondi i Falsi Negativi in Semeiotica Biofisica Quantistica. <http://www.sisbq.org/glossariosbq.html>; <http://sergiostagnaro.wordpress.com/2013/10/07/manovra-di-bardi-affidabile-semplice-e-di-rapida-applicazione-nel-riconoscere-in-10-secondi-i-falsi-negativi-in-semeiotica-biofisica-quantistica/>
- 3) Sergio Stagnaro. Manovra di Bardi nella Diagnosi Clinica delle Colecistopatie, ancorché silenti. <http://www.sisbq.org/glossariosbq.html>; <http://sergiostagnaro.wordpress.com/2013/10/23/manovra-di-bardi-nella-diagnosi-clinica-delle-colecistopatie-ancorche-silenti/>
- 4) Sergio Stagnaro. La Manovra di Titti. Articolo in 4 Parti, www.sisbq.org, <http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/manovradititti.pdf>
- 5) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Introduzione alla Semeiotica Biofisica. Il Terreno Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004. http://www.travelfactory.it/semeiotica_biofisica.htm
- 6) Stagnaro Sergio. CAD Inherited Real Risk, Based on Newborn-Pathological, Type I, Subtype B, Aspecific, Coronary Endoarteriolar Blocking Devices. Diagnostic Role of Myocardial Oxygenation and Biophysical-Semeiotic Preconditioning. *International Atherosclerosis Society*. www.athero.org, 29 April, 2009 <http://www.athero.org/commentaries/comm907.asp>

- 7) Sergio Stagnaro. Bedside Biophysical-Semeiotic Recognizing CAD Real Risk and silent CAD. Journal Review, <http://journalreview.org/v2/articles/view/16449729.html>
- 8) Sergio Stagnaro. A Clinical Biophysical-Semeiotic Contribution reliable in prompt recognizing CAD, even silent. BMC.Cardiovascular Disorders, 2005, <http://www.biomedcentral.com/1471-2261/5/5/comments>
- 9) Sergio Stagnaro. Without CAD Inherited Real Risk, All Environmental Risk Factors of CAD are innocent Bystanders. *Canadian Medical Association Journal*. CMAJ, 14 Dec 2009, <http://www.cmaj.ca/content/181/12/E267/reply>
- 10) Stagnaro Sergio. Role of Coronary Endoarterial Blocking Devices in Myocardial Preconditioning - c007i. *Lecture*, V Virtual International Congress of Cardiology, 2007. <http://www.fac.org.ar/qcvc/llave/c007i/stagnaros.php>
- 11) Sergio Stagnaro. A Clinical Method far better than Blood Cell Count in CAD Primary Prevention. www.bmj.com, 2005, <http://www.bmj.com/cgi/eletters/330/7493/690>
- 12) New bedside way in Reducing mortality in diabetic men and women. *Ann Int Med*.2007. <http://www.annals.org/cgi/eletters/147/3/149>
- 13) Sergio Stagnaro. Biophysical Semeiotics is really useful in order to bed-side recognizing heart ischaemic disease, even before its onset, i.e., real risk of coronary artery disease. BMC. Cardiovascular Diseases, 2004, <http://www.biomedcentral.com/1471-2261/3/12/comments>
- 14) Stagnaro Sergio. Bedside Evaluation of CAD biophysical-semeiotic inherited real risk under NIR-LED treatment. EMLA Congress, Laser Helsinki August 23-24, 2008. "Photodiagnosis and photodynamic therapy", Elsevier, Vol. 5 suppl 1 august 2008 issn 1572-1000.
- 15) Sergio Stagnaro Biophysical-Semeiotic Diagnosing CAD "real" risk, as well as pre-clinical and clinical CAD. www.bmj.com, (12 September 2003) <http://bmj.bmjournals.com/cgi/eletters/327/7415/591>
- 16) Sergio Stagnaro and Simone Caramel (2012) Quantum Biophysical Semeiotics Microcirculatory Theory of Arteriosclerosis – www.sisbq.org, *Journal of Quantum Biophysical Semeiotics, first version*, http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/ats_qbs_mctheory.pdf
- 17) Sergio Stagnaro. Inherited Real Risk of CAD and Cancer, www.nature.com, 2008, http://blogs.nature.com/news/thegreatbeyond/2008/01/can_shining_lights_on_your_head.html
- 18) Sergio Stagnaro (2012). I Segni di Caotino* e di Gentile** nella Diagnosi di Reale Rischio Congenito di CAD e di Infarto Miocardico, ancorché iniziale o silente. *Fisiopatologia e Terapia. Lectio Magistralis*. III Convegno della SISBQ, 9-10 Giugno 2012, Porretta Terme (Bologna). www.sisbq.org. http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/presentazione_stagnaro_it.pdf ; English version: http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/presentazione_stagnaro_eng.pdf
- 19) Stagnaro Sergio. Reale Rischio Semeiotico Biofisico. I Dispositivi Endoarteriolarli di Blocco neoformati, patologici, tipo I, sottotipo a) oncologico, e b) aspecifico. Ediz. Travel Factory, www.travelfactory.it, Roma, 2009.

20) Simone Caramel and Sergio Stagnaro (2012). Vascular calcification and Inherited Real Risk of lithiasis. *Front. In Endocrin.* 3:119. doi: 10.3389/fendo.2012.00119
http://www.frontiersin.org/Bone_Research/10.3389/fendo.2012.00119/full [MEDLINE].

21) Sergio Stagnaro and Simone Caramel (2013). The Inherited Real Risk of Coronary Artery Disease, *Nature PG., EJCN, European Journal Clinical Nutrition, Nature PG., 67, 683 (June 2013) | doi:10.1038/ejcn.2013.37,* <http://www.nature.com/ejcn/journal/v67/n6/full/ejcn201337a.html>. [MEDLINE].

22) Sergio Stagnaro (2013). Two Clinical Evidences Corroborating Microcirculatory Quantum-Biophysical-Semeiotic Theory of Atherosclerosis. *Lectio Magistralis, IV Congress of SISBQ, Porretta Terme (Bologna), 4-5 May, 2013* www.sisbq.org, http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/atherotheory_evidences.pdf

23) Sergio Stagnaro and Simone Caramel. The Key Role of Vasa Vasorum Inherited Remodeling in QBS Microcirculatory Theory of Atherosclerosis. *Frontiers in Epigenomics and Epigenetics.* http://www.frontiersin.org/Epigenomics_and_Epigenetics/10.3389/fgene.2013.00055/full [MEDLINE]

24) Sergio Stagnaro (2013). Two Clinical Evidences corroborating Microcirculatory QBS Theory of Atherosclerosis. *Lectio Magistralis, IV Meeting of Quantum Biophysical Semeiotics International Society, May 4-5, 2013, Porretta Terme, Bologna, Auditorium, Hotel Santoli. Journal of QBS,* http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/atherotheory_evidences.pdf

25) Sergio Stagnaro. Biophysical Semeiotics is really useful in order to bed-side recognizing heart ischaemic disease, even before its onset, i.e., real risk of coronary artery disease. *BMC. Cardiovascular Diseases, 2004,* <http://www.biomedcentral.com/1471-2261/3/12/comments>

21) Sergio Stagnaro and Simone Caramel (2013). The Inherited Real Risk of Coronary Artery Disease, *Nature PG., EJCN, European Journal Clinical Nutrition, Nature PG., 67, 683 (June 2013) | doi:10.1038/ejcn.2013.37,* <http://www.nature.com/ejcn/journal/v67/n6/full/ejcn201337a.html>. [MEDLINE].

22) Sergio Stagnaro (2013). Two Clinical Evidences Corroborating Microcirculatory Quantum-Biophysical-Semeiotic Theory of Atherosclerosis. *Lectio Magistralis, IV Congress of SISBQ, Porretta Terme (Bologna), 4-5 May, 2013* www.sisbq.org, http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/atherotheory_evidences.pdf

23) Sergio Stagnaro and Simone Caramel. The Key Role of Vasa Vasorum Inherited Remodeling in QBS Microcirculatory Theory of Atherosclerosis. *Frontiers in Epigenomics and Epigenetics.* http://www.frontiersin.org/Epigenomics_and_Epigenetics/10.3389/fgene.2013.00055/full [MEDLINE]

24) Sergio Stagnaro (2013). Two Clinical Evidences corroborating Microcirculatory QBS Theory of Atherosclerosis. *Lectio Magistralis, IV Meeting of Quantum Biophysical Semeiotics International Society, May 4-5, 2013, Porretta Terme, Bologna, Auditorium, Hotel Santoli. Journal of QBS,* http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/atherotheory_evidences.pdf

25) Sergio Stagnaro (2013). Abdominal Aortic Aneurism Inherited Real Risk: Patho-Physiology, Quantum-Biophysical-Semeiotic Symptomatology, Diagnosis and Therapy. www.sisbq.org.

Journal of Quantum Biophysical Semeiotics.
http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/aaa_irr_lectio_magistralis_2013.pdf

26) Sergio Stagnaro, Simone Caramel. Inherited Real Risk of Coronary Artery Disease: pathophysiology, diagnosis and primary prevention. *Epidemiology and Cardiovascular Prevention*. Brief Communication. 8th International Congress of Cardiology in the internet. Published: 28 October 2013. FAC Federaciòn Argentina de Cardiologia http://fac.org.ar/8cvc/llave/tl054_stagnaro/tl054_stagnaro.php - PDF

27) Sergio Stagnaro. CAD Inherited Real Risk In Preventing Myocardial Infarct. <http://www.sci-vox.com>, 13 September, 2010. <http://www.sci-vox.com/stories/story/2010-09-13cad+inherited+real+risk+in+preventing++myocardial+infarct..html>

28) Simone Caramel (2010). Coronary Artery Disease and Inherited Real Risk of CAD. *Journal of Quantum Biophysical Semeiotics.*
http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/cad_caramel.pdf

30) Sergio Stagnaro and Simone Caramel (2011) Skeletal Muscle Cell Glycocalix Evaluation during CFS Treatment corroborates Andras Pellionisz's Recursive Fractal Genome Function Principle. www.sisbq.org
<http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/cfsglycocalyx.pdf>

31) Sergio Stagnaro (2011) Glycocalix Quantum-Biophysical-Semeiotic Evaluation plays a Central Role in Demonstration of Water Memory-Information. www.sisbq.org
http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/wmi_glycocalyx.pdf

32) Sergio Stagnaro and Simone Caramel (2012). Allegra's* Syndrome plays a central Role in bedside clinical Diagnostics. www.sisbq.org, *Journal of Quantum Biophysical Semeiotics*,
<http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/allegrassyndrome.pdf>

33) Sergio Stagnaro and Simone Caramel (2012) Attivazione Microcircolatoria con Prove da Sforzo nella Diagnosi del Reale Rischio Congenito, aspecifico ed oncologico. www.sisbq.org,
Journal of Quantum Biophysical Semeiotics.
<http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/amprovedasforzo.pdf>

34) Stagnaro Sergio. Teoria Patogenetica Unificata, 2006, Ed. Travel Factory, Roma.

35) Stagnaro Sergio. Semeiotica Biofisica Quantistica: La Teoria dell'Angiobiopatia. <http://www.fcenews.it>,
http://www.fcenews.it/index.php?option=com_content&task=view&id=1451&Itemid=47

36) Sergio Stagnaro. Angiobiopatia: Krogh Aveva Ragione ! <http://www.fcenews.it>, 21 gennaio, 2010. <http://www.fceonline.it/images/docs/krogh.pdf> e alla URL <http://www.mednat.org/krogh.pdf>

37) Stagnaro Sergio. *Quantum Biophysical Semeiotics: The Theory of Angiobioopathy.*
<http://sciphu.com/>, 11 May, 2009. and <http://wwwshiphusemeioticscom-stagnaro.blogspot.com/>

38) Sergio Stagnaro. CAD Inherited Real Risk: Nosography and Therapy. The Concept of Angiobioopathy. February, 2010. www.docstoc.com.
<http://www.docstoc.com/docs/27177703/CAD-Inherited-Real-Risk-Nosography-and-Therapy>

- 39) Stagnaro-Neri M., Stagnaro S. Introduzione alla Semeiotica Biofisica. Il Terreno Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004. http://www.travelfactory.it/semeiotica_biofisica.htm
- 40) Stagnaro S., Stagnaro-Neri M., Single Patient Based Medicine. La Medicina Basata sul Singolo Paziente: Nuove Indicazioni della Melatonina. Travel Factory, Roma, 2005. http://www.travelfactory.it/libro_singlepatientbased.htm
- 41) Sergio Stagnaro and Simone Caramel. Inherited Real Risk of Type 2 Diabetes Mellitus: bedside diagnosis, pathophysiology and primary prevention. *Frontiers in Endocrinology*.4:17. doi: 10.3389/fendo.2013.00017 <http://www.frontiersin.org/Review/ReviewForum.aspx> [Medline]
- 42) Sergio Stagnaro and Simone Caramel. The Inherited Real Risk of Coronary Artery Disease, Nature PG., *EJCN, European Journal Clinical Nutrition*, Nature PG., <http://www.nature.com/ejcn/journal/v67/n6/full/ejcn201337a.html> [Medline]
- 43) Sergio Stagnaro and Simone Caramel. The Role of Modified Mediterranean Diet and Quantum Therapy in Oncological Primary Prevention. Bentham PG., *Current Nutrition & Food Science* ISSN (Print): 1573-4013; ISSN (Online): 2212-3881. VOLUME: 9, ISSUE: 1; DOI: 10.2174/1573401311309010011; <http://www.benthamscience.com/contents-JCode-CNF-Vol-00000009-Iss-00000001.htm2013549>;
- 44) Sergio Stagnaro and Simone Caramel. The Role of Modified Mediterranean Diet and Quantum Therapy in Type 2 Diabetes Mellitus Primary Prevention. *LifeScienceGlobal* February 2013, *Journal of Pharmacy and Nutrition Sciences*, 2013, 3, <http://www.lifescienceglobal.com/home/cart?view=product&id=3762013550>
- 45) Sergio Stagnaro and Simone Caramel. The Role of Mediterranean Diet, CoQ10 and Conjugated-Melatonin in Osteoporosis Primary Prevention and Therapy *Current Nutrition & Food* Bentham Science Volume 8, Number 1, February 2012 Pp.55-62;
- 46) Pyatakovich F.A., Stagnaro S., Caramel S., Yakunchenko T.I., Makkonen K.F., Moryleva O.N. Background Millimeter Radiation Influence in Cardiology on patients with metabolic and pre-metabolic syndrome. *Journal of Infrared and Millimeter Waves*, , Shanghai, China <http://journal.sitp.ac.cn/hwyhmb/hwyhmben/ch/index.aspx>, *in press*
- 47) Sergio Stagnaro and Simone Caramel. Oncological Terrain-Dependent, Inherited Real Risk of Cervical Cancer: patophysiology, diagnosis and primary prevention – 2013. http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/cervicalcancerirr_2013.pdf
- 48) Sergio Stagnaro. Semeiotica Biofisica Quantistica. Diagnostica Psicocinetica. E-book in rete nel sito www.sisbq.org; http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/dp_libro.pdf
- 49) Sergio Stagnaro (2014) - Il Reale Rischio Congenito di Infarto Miocardico. Fondamentali Aspetti Teorici. www.sisbq.org , http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/rrcinfartomiocardio_aspettiteorici.pdf