

## Názor na preparát ZD4054

© MUDr. Ondrej Urban, Leg XP  
Zverejnené: 02. Apríla 2009

### Nesúhlasím s víziou že takýto liek môže byť úspešný v liečbe KP.

#### Princíp preparátu ZD4054

Vysoká koncentrácia „angiostimulancií“ jedného druhu funguje ako antigénne lákadlo, „volavka“ pre koagulačný preparát ZD4054.

De facto: **Koagulácia v kapilárach je riadená chemotakticky a kineticky – ale nie špecificky, ako to tvrdia „vynálezcovia a autori“...**

Angiostimulancia sú telu vlastné látky stimulujúce rast kapilár a vnútornej výstelky v cievach, endotelínu. Vyskytujú sa všade v mieste hojenia (*napr. zlomenina kostí*) na preklopenie „prázdnoty“ v mieste rôznych poškodení a nachádzajú sa v každom novotvorenom tkanive (*napr. v mieste kalusu kde sa hojí zlomená kosť*), alebo v mieste okolo nekrotických tkanív (*napr. v mozgu po infarkte, alebo v srdci po infarkte myokardu*), alebo aj v mieste poškodeného endotelu veľkých ciev po rýchlom kolísaní krvného tlaku... Endotelíny sú receptory (*miesta naviazania a účinkovania stimulátora*) v cievach, kde sa realizujú stimulácie. Angiostimulácia sa koná všade, kde sa musí vo veľkom „odpratávať“ bunkový detrit (*zostatky mŕtvych buniek*) a kde sa musí budovať nové tkanivo. **Takáto angiostimulácia je špecificky (podľa druhu tkanív, iné v zubovine a iné v koži) a geneticky (vrodene) „riadená“.** Cievky rastú presne v stanovenom koridore len po geneticky stanovenú hranicu... Je to veda, úplne samostatná a veľmi populárna hlavne vo výskume účinkovania „nových kmeňových buniek v starom tkanive“...

Angiostimulancia a ich receptory, alebo inak povedané Endotelín A je pre ZD4054 lákadlom, teda „volavka“.

**Riziko je dané NEschopnosťou ZD4054 rozlišovať riadenú (vrodenu, fyziologickú) špecifickú angiostimuláciu od neriadenej (patologickej) nešpecifickej angiostimulácie... K tejto téme autori nevypracovali žiadny materiál.. Túto otázku nebudem riešiť, ale evidentne existuje aj v hlave doc. MUDr. V. Študenta, lebo zdôrazňuje, že vedľajšie účinky zatiaľ nevidujú. Kde všade dochádza ku koagulácii ciev... To by mala ukázať dlhšia sledovanosť pacientov, ale takú dobu (10 rokov) neprežil ani jeden sledovaný pacient.**

Pripomeniem prastarú známu metódu: Ak by sme zanesli do povodia tumoru (*čo by sa mi viac páčilo*) bolus 96%-ého etanolu, to by bola cielená koagulácia tumorigénnych kapilár a vysušenie (*mumifikácia, uzavretie*) centrálneho nádorového detritu...

**Lenže MKP nevidíme, nemáme kontrolu; a navyše vieme, že MKP nemá samostatnú angiotvorbu, netvorí samostatné cievky !**

**MKP využíva „iba“ existujúce cievky v kostiach a v kostnej dreni – tvorbu „vlastných ciev“ nestimuluje... Angiografia KP (MKP) nevykazuje tzv. „horúce“ miesta angiostimulácie, ako je to napr. pri karcinóme prsníka. Chýba „volavka“, absentuje stimulátor nešpecifickej angiogenézy.**

**Špecifikum MKP: Zanecháva po sebe „ľadové, modré“ miesta s výpadkom krvného toku v mieste nekrózy, podľa ktorých vieme len to, kde BOL. Ubúdajúca kosť**

**a zánik kostnej drene prebieha na okrajoch ľadových zón. Tieto okraje nie sú prekrvené inak než ostatné tkanivá, preto ich angiograficky nevidno.**

**Vznik a rast MKP v kosti je stále záhadou:**

MKP vznikne z jednej bunky infikovanej priónom, rastie pri pevnej cieve v kosti (v kostiach sú cievy tvrdé, neohybné, „obalené kostnými bunkami“). Z cievy prišla „priónová injekcia“ (striekačkou bol T-lymfocyt) do jednej bunky kostného tkaniva. K „injektáži“ osteocytu došlo tam, kde sa bežne odovzdávajú informácie o antigénoch, ibaže teraz došlo k odovzdaniu patologického škodlivého softvéru priamo do osteocytu.

Infikovaná kostná bunka rastie inak ako dovtedy. Má vyššiu energetickú spotrebu, produkuje „PROTEOLYTICKÝ“ ENZÝM ktorý identifikujeme v krvi ako SÉROVÝ PROSTATICÝ ANTIGÉN = PSA.

Od pôvodného „dobrého“ enzýmu sa líši tým, že **patologický enzým je proteolyticky veľmi aktívny, dokáže rozpúšťať medzibunkové molekuly kolagénu.**

*Pôvodný enzým mal „iba“ glykoproteínolytickú aktivitu, rozpúšťal iba polysacharidovaný proteín ejakulátu, menil rôsol na tekutinu, ale nedokázal rozpúšťať čisté proteíny kolagénu.*

Patologický enzým to už dokáže, rozpúšťa kolagén, otvára smer ktorým postupuje rast zmenených kostných buniek, MKP rastie. Za chrbtom zanecháva nekrotické rozpadnuté ostatky buniek ktoré sú plné priónov, infekčného (injektážneho) materiálu. Ak „narastie“ nekrotické ložisko do veľkosti 5 mm, je viditeľné aj na CT (počítačová tomografia) snímkach a hovoríme o metastatickom ložisku KP. Do veľkosti 1 mm hovoríme o MKP, lebo je viditeľný iba v MRI (magnetická rezonancia) snímkach ako „makový posyp“, drobné ložiská tekutiny v tuhej kosti.

\*\*\*koniec\*\*\*