

Problémy pokročilého štádia KP a diseminovaného MKP:

- Rastie nepozorovane v mikrokolóniách na viacerých miestach naraz**, v kostiach. Mikroskopické kolónie buniek MKP sú roztrúsené do tela iným mechanizmom než je to bežné u ostatných karcinómov. **Nejedná sa o kolonizáciu bunkami, ale o genetickú modifikáciu zdravých kostných buniek na MKP bunky** a tie sa nekontrolovane delia, rastú nekoordinovane. Transformáciu zdravých buniek na choré bunky má na svedomí (*veľmi pravdepodobne*) **patologická časť ribozomálnej RNA** z detritu rozpadnutých MKP buniek. Nazvali sme ju **prión** lebo predpokladáme, že nie je schopná samostatne zmeniť miesto výskytu – musí byť transportovaná nejakým živým organizmom, inou bunkou. Detritus MKP buniek sa nachádza aj v ejakuláte, obvykle s jemným prúžkom krvi. Prenos priónov z pôvodného detritu vidím takto:
 - 1.1 Prenos priónov z infekčného iného tela (z exteriéru) do infikovaného vnútorného prostredia tela** zabezpečujú protozoá (*meňavky*) ktoré som obvinil ako „najschopnejšie pre danú úlohu“.
 - 1.2 Prenos priónov z miesta primárnej infekcie na iné miesto sekundárnej infekcie („metastázy“) v infikovanom tele robia vlastné imunitné bunky, „obvinil“ som T-lymfocyty**
- Angiografická detekcia MKP je nemožná, lebo v „kostnom“ štádiu diseminovaného (*pokročilého*) vývoja **sa MKP vyživuje z ciev ktoré v kosti už boli**. MKP sa nedá napadnúť uvedeným preparátom.
- Neskoré detekcie makroskopicky viditeľného KP sú nevhodné pre atak uvedeným preparátom, lebo KP zaniká v centrálnych zónach a rastie v okrajových zónach. Má diametrálne odlišné charakteristiky ako bežné tumory: Centrálna výživa KP vždy absentuje, kostné cievky v pevnej kosti nemenia svoje korytá a nerastú bez „kalusovej“ stimulácie... Preto **centrálna časť KP nekrotizuje, spontánne zaniká** zrýchlenou apoptózou... opäť široká téma – prečo karcinómy disponujú geometrickou gradáciou apoptózy a rovnako rýchlou gradáciou rýchlosti rastu. *MKP sám robí to, čo by mal robiť navrhnutý preparát*, ale **o to rýchlejšie rastie okrajová časť tumoru bližšie k inej cieve. MKP „rastie“ ku cievam ! a nie opačne. MKP „konzumuje“ to, čo bolo vyživované pôvodnými kapilármi**. Kapiláry nemusia rásť, chýba angiostimulátor. **MKP nerastie, ale SA PREŽIERA cez kosť**. Táto vlastnosť MKP implikovala názov „**požierač kostí**“.
- Kardinálne dôležitý paradox:** Živé okraje aktívneho KP izolujú mŕtvu hmotu detritu a nedovoľujú náhle uvoľnenie priónov do krvného obehu. **KP ohraničuje živou zónou detritovú nálož mŕtvej zóny**.