

LIEČENIE RAKOVINY :

LIEČBA

ONKOLOGICKÝCH OCHORENÍ

BLOKÁDOU METABOLIZMU NÁDOROV

MUDr. Kamil JURKOVIČ

©2006

e-kontakt: mudr.kamil@jurkovic.sk, <http://www.jurkovic.sk>, S L O V E N S K O

Poznámka:

v tejto publikácii sú uvedené príklady liečenia pacientov s rôznymi onkologickými ochoreniami, ktorých MUDR. Kamil Jurkovič liečil v rokoch 1973 – 1997. Od roku 1997 metódou BMN bolo preliečených ďalších niekoľko tisíc onkologických pacientov nielen zo Slovenska, ale aj zo zahraničia.

V tomto dokumente je uvedená logika a jednoduchá podstata liečby, použité medikamenty a štatistické tabuľky. Podrobný zoznam liečených pacientov je k dispozícii:

- na internetovej adrese http://www.jurkovic.sk/staryweb/sk/index_sk.htm a
- v publikácii **Revoluce v léčení rakoviny – Léčba onkologických onemocnění blokádou metabolismu nádorů** (vyd. FONTÁNA, Horní náměstí 5, 772 00 Olomouc, Česká republika, telef. kontakt: 585 221 400)

Predslov

Hneď v úvode by som sa rád poďakoval Rakúskemu generálnemu konzulovi pánovi Mag. Ottovi Rochovi, úradujúcemu v roku 1983, ktorý mi ochotne pomohol nadviazať kontakt 20.08.1983 s pánom ministrom zdravotníctva svojej krajiny. Pán minister Rakúskej republiky dal odborníkom posúdiť moju **Alternatívnu medikamentóznú liečbu onkogénnych ochorení blokadou metabolizmu nádorov**, (ďalej len **BMN**) Môžem s potešením konštatovať, že posudok rakúskeho MZ vyznel kladne v prospech mojej práce.

Moja vďaka patrí i kolektívu chirurgov a nemocničnemu personálu Ženskej kliniky prof. Gitscha vo Viedni, ktorí po mojej šesťročnej aplikácii BMN v roku 1987 mojej pacientke V. A., narodenej v 1928 roku úspešne odstránili z dutiny brušnej 12 kg nádor.

Tento nádor v júni 1981 pri probatórnej laparatómii bol klasifikovaný chirurgami NSP v Rychnove nad Kněžnou v Českej republike za inoperabilný zhubný nádor. Išlo o nádor veľkosti dvoch mužských hláv, vychádzajúci s pravého ovária, prirastený z dvoch tretín na prednú i zadnú brušnú stenu, s infiltrovaným pentoneom a s prítomným ascitom. Tento malígny nádor bol po aplikácii šesťročnej liečby zdegradovaný na benígny nádor, potvrdený peroperačne rakúskymi chirurgmi /fibromyom v regresii/. Liečbu tejto pacientky popisujem v úvode praktickej časti.

Moja vďaka patrí i ministrovi zdravotníctva Rakúskej republiky, úradujúcemu v roku 1983, ako i prof. Sauermanovi, ktorý sprostredkoval hospitalizáciu pacientky na Ženskej klinike prof. Gitscha vo Viedni. Zároveň sa chcem poďakovať primátorovi mesta Viedeň, ktorý financoval operačný zákrok i pobyt mojej pacientky na klinike.

Ďalej som zaviazaný vďakou cca 250 kolegyniam a kolegom, ktorí so mnou spolupracovali pri praktickej verifikácii mojej **BMN** v rokoch 1992 až 1997. Bez ich pomoci a porozumenia by táto publikácia neuzrela svetlo sveta.

Čitateľa prosím, aby bol kritický pri jej posudzovaní, ale zároveň, aby bral do úvahy moje viac ako skromné možnosti výskumu.

V roku 1967, kedy som začal pracovať na tomto liečebnom postupe, onkológovia odporúčali a doteraz odporúčajú len symptomatickú terapiu pacientom, ktorí sa odmietajú liečiť RAT a CHET, ako aj pacientom, ktorým pre intoleranciu organizmu alebo po poškodení vnútorných orgánov a kostnej drene rádioterapiou či chemoterapiou, nemôže byť táto ďalej aplikovaná.

Keďže, pre túto skupinu onkologických pacientov neexistoval účinný liečebný postup, postupne umierali v domácom ošetrovaní za asistencie symptomatickej terapie. Pretože som sa nevedel zmieriť len s podávaním ampuliek opiátu, pokúsil som sa zostaviť liečebný postup z dostupných medikamentov, a tak zvrátiť priebeh tohto ochorenia.

Nakoľko išlo zväčša o pacientov v moribundnom stave, kde každá aplikácia, ktorá sa snaží zachrániť im život a zmierniť utrpenie **spadá pod zákon o vitálnej indikácii**, bolo mojou povinnosťou týmto pacientom ho aplikovať s cieľom zmierňovať ich utrpenie, zachrániť im život alebo im ho aspoň predĺžiť .

Tým skôr, že **môj liečebný postup nepoužíva žiadne nové neodskúšané preparáty alebo byliny, ale je založený na vhodnej kombinácii normálnych štátom schválených liekov.**

Mnohokrát som bol úspešný pri záchrane života i napriek jasnej infaustnej prognóze, **aplikáciou tejto liečby sa mi podarilo úplne zastaviť onkogénny proces.** Dôležitú úlohu v tomto zohrala i **možnosť opakovateľnej alebo dlhodobej aplikácie tejto liečby bez poškodenia organizmu.**

Výsledky tejto aplikácie popisujem a dokumentujem v praktickej časti tejto práce.

Archivované záznamy o všetkých, mnou liečených pacientoch obsahujú podrobné údaje o ich predchádzajúcom i súčasnom zdravotnom stave. (Histologické, laboratórne, odborné, USG, CT, Rtg. vyšetrenia - vykonané pred BMN a po absolvovaní BMN).

Túto dokumentáciu som na požiadanie ochotný dať k dispozícii, prípadne odoslať pacientov na kontrolné vyšetrenie výskumnému pracovisku.

V druhej časti svojej práce popisujem liečbu **Fibrosnej mastopathie.**

Výhodou popisovaného liečebného postupu je možnosť bez chirurgickej intervencie za 3 - 4 mesiace pomocou medikamentov vyliečiť pacientky ad integrum a tým zabrániť vzniku možného onkologického ochorenia prsníka.

Pretože disponujem iba skromnými možnosťami pre ďalší výskum, volám k spolupráci lekárov i výskumných pracovníkov, aby sme spoločnými silami zdokonalili a vedecky verifikovali tento liečebný postup, čo by umožnilo jeho celoplošnú aplikáciu.

V druhej časti predslovu by som chcel v krátkosti priblížiť podstatu liečby

zrozumiteľne i laickej verejnosti.

Na základe pozorovania pacientov s onkologickým ochorením, ale i pacientov s poruchami funkcie štítnej žľazy, som začiatkom 70-tich rokov začal viniť štítnu žľazu a jej hormóny z umožnenia dostatočného prívodu živín a kyslíka pre nádor.

Dospel som k názoru, že **nádor nejakými látkami stimuluje štítnu žľazu k zvýšenej činnosti a súčasne v nej vyvolá proces alebo ochorenie, ktorým sa štítna žľaza metabolicky naviaže na tento nádor. Tým si nádor prednostne zabezpečí zásobovanie svojich extrémne vysokých metabolických procesov.**

S touto teóriou som sa obrátil na pána Doc. Podobu z Endokrinologického ústavu SAV Bratislava. Po jeho schválení mojej teórie a po overení princípu* **som sa rozhodol zablokovaním činnosti štítnej žľazy Thyreostatikom podstatne obmedziť metabolizmus nádoru.**

** Hľadal som zmienky o použití Thyreostatík na ovplyvnenie i iných ochorení - teda nie len pri ochoreniach štítnej žľazy. Zistil som, že starší internisti pri kardiálnych dekompenzáciách siahli po blokáde štítnej žľazy Thyreostatikom, aby tak obmedzením bazálneho metabolizmu odbremenili aspoň čiastočne srdciový aparát.*

20.10. 1973 /viď praktická časť/, som úspešne aplikoval Thyreostaticum (Carbimazol) z vitálnej indikácie u prvého pacienta. Žiadne možné komplikácie (strumitída, šok a myxedém) sa nedostavili.

Počas dlhoročnej praxe v aplikácii Thyreostatík som nezistil (laboratórnym ani odborným vyšetrením) poškodenie funkcie štítnej žľazy u žiadneho pacienta, hoci niektorým bola liečba aplikovaná dva až tri razy. /viď praktická časť./

Dokonca možno tento liečebný postup aplikovať pacientom, ktorí sa z akýchkoľvek príčin odmietajú podrobiť diagnostickým zákrokom (bronchoskopia, probatórna thorakotómia a podobne) a hrozí, že nebudú môcť byť adekvátne liečení, čo môže mať infaustné dôsledky. Aplikáciou tohto liečebného postupu pri uvedených pacientoch /viď praktická časť/ bolo ochorenie diagnostikované i vyliečené.

V prípade omylu diagnózy (napr. zápalovom ochorení, nezhubnom nádore alebo už vyliečenom nádore), **štítna žľaza reaguje ako štítna žľaza nezaťažená onkogénnym ochorením, čiže v krátkom čase by reagovala zväčšením svojho objemu a počínajúcim myxedémom.**

Z toho vyplýva, že blokovať štítnu žľazu môžeme iba vtedy, ak je jej činnosť niekoľkonásobne zvýšená vplyvom onkogénneho ochorenia.

Jedným z dôkazov tejto skutočnosti je i liečba pacientky V.A. (sestra Pavla), ktorej diagnostický záver je popisovaný už v začiatku predslovu. Kým bol pacientkin **nález zhubný** - aplikoval som jej počas 6 rokov liečby 8.600 tabliet Thyreostatika bez zväčšenia alebo poškodenia štítnej žľazy. Štítna žľaza reagovala miernym zväčšením až v 6. roku liečby, kedy sa nádor liečbou **zmenil na nezhubný.**

Po skončení blokády Thyreostatikom sa štítna žľaza vrátila do normy, čo dokazujú jej vyšetrenia po skončení liečby, ako aj vyšetrenia v priebehu ďalších 17 rokov.

Táto pacientka, ako i ďalšie desiatky úspešne vyliečených pacientov sú živým dôkazom o účasti štítnej žľazy na cielenom obmedzovaní metabolizmu onkogénneho procesu kdekoľvek v organizme.

Autor

Teoretická časť

Liečba onkologických ochorení blokovaním metabolizmu nádorov

Napriek úsiliu zdravotníckej osvety a masovej prevencie onkogénnych ochorení pomerne veľké percento pacientov vyhľadáva lekárske ošetrovanie v čase, keď novo zistený **onkogénny proces** (odteraz OP) možno hodnotiť ako inoperabilný.

Určitému percentu pacientov pre vysoký vek a rozsiahlosť procesu nemôže byť indikovaná rádioterapia (RAT) a chemoterapia (CHET). Pri mnohých pacientoch musí byť klasická liečba prerušená pre sekundárne poškodenie kostnej drene a vnútorných orgánov RAT alebo Chemoterapiou. Niektorí pacienti sa odmietajú podrobiť liečbe RAT a CHET. Preto sú títo pacienti odkázaní len na aplikáciu symptomatickej terapie. Uvedený súbor pacientov čo do počtu je úctyhodný a zaoberať sa ich liečbou je stále aktuálne.

Je všeobecne známe, že niektorí pacienti napriek rizikovej lokalite OP sa dožívajú veľa mesiacov i rokov bez akejkoľvek liečby. V staršej literatúre chirurgovia popisovali tento jav ako kuriózne.

Tieto mimoriadne prípady prežitia možno pripísať schopnosti organizmu, za určitých podmienok tlmíť rast OP vlastnými mechanizmami.

Odhaliť tieto schopnosti organizmu, alebo pomocou terapie ich aspoň zhruba napodobniť, je účelom mojej práce.

Ide o problematiku zastretú, veľmi diskutabilnú, no napriek tomu som si pri zostavovaní tohto liečebného postupu určil za hlavnú úlohu (**pomocou medikamentov**) **zastaviť progresiu OP, za súčasnej podpory imunitného systému organizmu a odbúravaní vedľajších príznakov OP.**

Preto je možné túto liečbu definovať ako: **„Endogénna blokáda metabolických procesov zhubného bujnenia“.**

Svoju liečbu nazývam takto preto, lebo **samotná liečba je katalyzátorom prirodzených liečebných procesov, ktoré vedú k prestavbe obranného systému organizmu na taký stupeň, v ktorom prestáva reagovať na patologické neurohumorálne impulzy z OP. Súčasne degradujú dominantný tkanivový systém OP na tkanivový systém podriadujúci sa kontrole organizmu.**

V roku 1967 som si rozdelil priebeh onkogénneho ochorenia takto:

1/

- a) **Štádium dominácie metabolizmu OP v organizme,**
- b) štádium zníženej obranyschopnosti organizmu,
- c) štádium váhového deficitu organizmu,

2/

- a) **Anemický syndróm s počínajúcou kachexiou,**
- b) algický syndróm a finálne štádium ochorenia.

1/ a) štádium dominácie metabolických procesov OP v organizme

Ktoré orgány, alebo systémy organizmu sú schopné zabezpečiť onkogénnemu procesu dominantné postavenie jeho metabolických procesov na úkor makroorganizmu?

Explózia metabolických procesov v onkogénnom tkanive sa vymyká logike účelovej reakcie organizmu. Imperatívnymi impulzami deštruktívneho OP sa prehĺbuje karenčná kríza organizmu a do jej sféry sa postupne dostáva i dominantný tkanivový systém OP. Patologické impulzy karenciou postihnutého OP sú tými impulzmi, ktorými sa organizmus snaží vyhovieť až do úplného vyčerpania svojich možností.

O onkogénnom procese v organizme možno hovoriť ako o najmladšom tkanivovom systéme, ktorý postupne dominuje svoje metabolické procesy a pasuje sa na úroveň vitálne dôležitých orgánov. No jeho metabolické procesy sú niekoľkokrát väčšie ako okolitých orgánov či materského tkaniva. Akými mechanizmami je teda OP schopný zabezpečiť si dominantné postavenie svojho metabolizmu v organizme? Nejde o výrazné procesy, ale o dobre naplánované procesy dokonale využívajúce mimikry sebarealizácie OP, ktoré sú len ťažko identifikovateľné.

V čase, keď som zostavoval svoj liečebný postup, predpokladal som prítomnosť istých látok

produkovaných OP, ktoré umožňujú tieto skryté procesy. Vďaka úsiliu výskumných pracovníkov sa v súčasnosti už podarilo niektoré z nich identifikovať a popísať.

V polovici 80-tych rokov boli endokrinológmi popísané látky imunoglobulínovej povahy produkované onkogénnym procesom, ktoré stimulujú štítnu žľazu (pomenované LATS).

Neskôr sú popisované látky podobné parathormónu, ktoré produkujú hlavne OP pľúc a močového mechúra.

Zatiaľ neboli identifikované látky, tiež produkované onkogénnym procesom, ktoré tlmia produkciu hematopoetických orgánov, čím **vzniká anemizácia organizmu** bez dokázateľného metastatického poškodenia kostnej drene.

Možno s poľutovaním konštatovať, že taktiež nepoznáme látky, či mechanizmy OP, ktoré ešte pred klinickými príznakmi ochorenia môžu pôsobiť na endokard a koronárne riečisko. (Klinickí pracovníci i praktickí lekári isto postrehli pri mladších ročníkoch pacientov od 35 roku života s klinickými príznakmi ICHS i prekonaným IM, že sú v priebehu 2 až 5 rokov liečenia na onkogénne ochorenie colorectálneho Ca, alebo Ca pľúc).

Podobným, nám neznámym mechanizmom OP **znižuje obranyschopnosť organizmu** ešte pred klinickými príznakmi ochorenia.

Vlastné, dlhoročné pozorovanie i liečba pacientov s onkogénnou problematikou ma oprávňujú k tvrdeniu, že **LATS a látky svojou skladbou napodobňujúce parathormon sú také imperatívne, že spôsobujú „oligosymptomatickú thyreotoxikózu“**, ktorú možno označiť za jednu z možností zabezpečenia metabolickej dominancie onkogénneho procesu v organizme.

V úsilí obmedziť niekoľkonásobne väčšie metabolické procesy v onkogénnom procese a tým následne i produkciu LATS a látok podobných parathormónu ako aj iných incretov či mechanizmov, ktorými OP pôsobí na kostnú dreň, koronárne riečisko, či imunitný systém organizmu - aplikoval som pri liečbe onkogénnych ochorení *ThyreostaticiWI - Carbimazol* tabletky a 5 mg v dávke 3 x 10 mg denne. (5 Carbentoxu - 3 metyl - 2 rialidozólum). **Takto sa mi podarilo nepriamo zasiahnuť najcitlivejšie miesto metabolizmu OP. Uvedeným obmedzením metabolizmu OP zabránime i vzniku neurohumorálnych impulzov, zabezpečujúcich dominanciu jeho metabolických procesov a tým sa OP dostáva pod kontrolu organizmu, bez poškodenia makroorganizmu!**

Počas 24 ročnej praxe s aplikovaním Thyreostatika (Carbimazol) pacientom s OP, som nezistil v počiatku liečby príznaky strumitídy, šoku či myxedému. Taktiež po jeho aplikácii trvajúcej 1 rok i dlhšie sa neobjavili u mojich pacientov žiadne príznaky hypothyreózy, thyreoiditídy a pod. Týmto preparátom som preliečil cca 530 pacientov.

Doba liečby týmto preparátom môže byť od 5 mesiacov do jedného roka. (Podľa veľkosti TU procesu) Pacientke, ktorej pri probatórnej laparotómii v roku 1981 bol zistený obrovský zhubný nádor vychádzajúci z pravého ovaria, infiltrujúci peritoneum, prirastený na prednú i zadnú stenu brušnú a s prítomným ascitom (adenokarcinom) som aplikoval liečbu 6 rokov. Počas tohto obdobia vybrala 8.600 tabliet Carbimazolu. Jej štítna žľaza, ako aj TSH, T3, T4 - sú v norme.

Ukončenie aplikácie Carbimazolu:

Liečbu týmto preparátom neukončujem pred koncom 1. roka liečby ani pri zistení objektívneho zlepšenia zdravotného stavu pacientov ako ani pri negatívnych nálezoch Rtg., CT, SONO vyšetreniach, laboratórnych vyšetreniach a iných dostupných vyšetreniach.

Liečbu ukončujem až pri počínajúcej reakcii štítnej žľazy (difúzne zväčšenie) a pri prvých príznakoch myxedému, ktoré sa dostavia, až keď už nie je štítna žľaza zaťažená zhubným ochorením.

Liečbu ukončujem:

A) urýchlene:

- | | |
|--------|----------------|
| 1. deň | 4 x 1 tabletka |
| 2. deň | 3 x 1 tabletka |
| 3. deň | 2 x 1 tabletka |
| 4. deň | 1 x 1 tabletka |
| 5. deň | Ex. |

B) postupne:

- | | |
|-----------|----------------|
| 1. týždeň | 4 x 1 tabletka |
| 2. týždeň | 3 x 1 tabletka |
| 3. týždeň | 2 x 1 tabletka |
| 4. týždeň | 1 x 1 tabletka |
| 5. týždeň | Ex. |

Po uplynutí jedného roka liečby, za predpokladu, že SONO, CT i laboratórne vyšetrenia sú absolútne v norme a pacient sa objektívne i subjektívne cíti dobre - nečakám na reakciu štítnej žľazy, ale ukončujem liečbu postupne.

Počas liečby sledujeme TSH, T3, T4. Je zaujímavé, že hodnoty TSH, T3, T4 pred ukončením 1. roka

liečby - sú prakticky v normálnych hodnotách.

Musím upozorniť na prípady, kedy nastáva difúzne zväčšenie štítnej žľazy a počínajúci myxedém v prípade pacientov, ktorí sa subjektívne cítia veľmi dobre, ich laboratórne vyšetrenia sú v norme, ale SONO vyšetrenia a CT vyšetrenia nám zobrazujú ešte prítomnosť tumoru. Ide však o stabilizované tumorózne procesy. Pri kontrolných vyšetreniach sa nezisťuje progresia rastu tumorov. Ak tieto tumory neobturujú črevný lúmen, či žilcové a pankreatické cesty alebo majú rizikóvu lokalitu, možno ich ponechať a sledovať všetkými dostupnými vyšetreniami. Inak, ak to okolnosti dovoľujú, ich možno chirurgicky odstrániť. Mám v dispenzárii 32 ročného pacienta s Ca pancreasu s MTS do pečene, ktorému sa po 10 mesačnej liečbe proces stabilizoval, tumor neprogreduje, pacient po roku liečby nastúpil do práce a už vyše 5 rokov žije veku primeraným životom. Ide o doteraz nepopísanú degradáciu zhubného tumoru na nezhubný tumor, či tumory „klinicky nemé“.

Môže ísť o proces ireverzibilný, no nesmieme sa plne uspokojiť náhlou zmenou malignity tumoru. Pacienta treba pravidelne kontrolovať a ihneď reagovať na príznaky recidivujúcej malignity procesu. Ak zistíme počas liečby náhle difúzne zmeny štítnej žľazy a počínajúci myxedém, musíme liečbu Carbimazolom ukončiť a sledovať zdravotný stav pacienta všetkými dostupnými vyšetreniami. Neprerušujeme liečbu ostatnými medikamentami liečebného postupu. Štítna žľaza sa zmenší čo do objemu a v prípade recidívy ochorenia (progresia rastu) nasadíme opäť plnú terapeutickú dávku Carbimazolu).

V prípade, že by došlo k omylu histologickej diagnostiky, bude reakcia štítnej žľazy v prvých troch mesiacoch liečby - prvým signálom omylu klasifikácie tumoru.

Ďalším dobrým ukazovateľom liečby je i hladina celkového cholesterolu v sére. V pokročilom štádiu ochorenia je hladina celkového cholesterolu veľmi nízka (2,2 až 2,5 - nmol/l). Stúpanie hladiny celkového cholesterolu v sére počas liečby nám signalizuje zauzdenie metabolizmu OP. Zvýšené hodnoty cholesterolu počas liečby nemusíme hodnotiť ako alarmujúce. Náhle zníženie celkového cholesterolu v sére nám signalizuje možnosť svojvoľného prerušenia liečby pacientom, či iné komplikácie, alebo progresiu ochorenia. Pri liečbe prestarnutých pacientov s onkogénnou problematikou, ktorí majú normálnu alebo zníženú hladinu celkového cholesterolu v sére, aplikujeme Carbimazol v plnej terapeutickú dávku pri sledovaní hladiny cholesterolu. V prípade prestarnutých pacientov, keď zistíme príznaky zvýšenia cholesterolu vysoko nad normálne hodnoty, liečbu Carbimazolom vynechávame podľa uvedených možností ukončenia liečby Carbimazolom.

1/ b) štádium znižovania obranyschopnosti organizmu

Znížená obranyschopnosť organizmu už pri prvých klinických príznakoch onkogénneho ochorenia organizmu je významná. Nemalú rolu v onkogénnom procese hrajú i spoločné neurohumorálne faktory, ktoré svojím pôsobením na myokard, kostnú dreň, parenchymatózne orgány oslabujú organizmus a postupne paralyzujú i jeho imunitný systém.

V roku 1967, keď som zostavoval postup alternatívnej liečby onkogénnych ochorení, sa o tejto problematike písalo málo, alebo nič.

No nakoľko som pozoroval, že **OP spôsobuje pacientom imunodeficitný stav kompenzoval som ho aplikáciou preparátu NORGA** (Immunoglobulinum humanum normále) 1,9 ml. v i amp.

Dávky som postupne vytitroval nasledovne: 1., 2. a 3. mesiac liečby aplikujeme saturačnú dávku NORGY. Saturačná dávka NORGY pľúcnych lokalít laryngu, močového mechúra a ovária je nasledovná:

- 1) mesiac : NORGA 3 ampulky i.m 1 x týždenne (12 ampuliek)
- 2) mesiac : NORGA 2 ampulky i.m 1 x týždenne (8 ampuliek)
- 3) mesiac : NORGA 1 ampulka i.m 1 x týždenne (4 ampulky)
- 4) mesiac : NORGA 1 ampulka i.m ob 14 dní (2 ampulky)

Pri iných lokalitách aplikujeme saturačnú dávku:

- 1) mesiac : NORGA 2 ampulky i.m 1 x týždenne (8 ampuliek)
- 2) mesiac : NORGA 1 ampulku i.m 1 x týždenne (4 ampulky)
- 3) mesiac : NORGA 1 ampulka i.m ob 14 dní

Udržiavacia dávka:

NORGA 1 ampulka i.m 1 x mesačne do ukončenia liečby.

Pri sarkómoch aplikujeme NORGU ako pri pľúcnych lokalitách.

Pri chrípkových ochoreniach počas liečby, ktoré sa vyskytujú veľmi ojedinele, neváhame aplikovať 3 ampulky NORGY počas liečby chrípkového ochorenia a po ukončení liečby chrípkového ochorenia aplikujeme udržiavacie dávky NORGY podľa terapeutického plánu.

1/ c) štádium váhového deficitu organizmu

Niekedy nás nadmerná strata hmotnosti vedie k podozreniu prítomnosti OP v organizme. No o deficite hmotnosti organizmu v počiatočných klinických príznakoch O P nemožno hovoriť ako o štandardnom príznaku ochorenia.

2/ a) anemický syndróm s počínajúcou kachexiou

Anemický syndróm je v prípade niektorých lokalít (napr. Ca žalúdka) signifikantným príznakom OP. V pokročilom a finálnom štádiu je konštantným príznakom ochorenia.

Ako som popisoval, **anemizácia organizmu v prítomnosti OP sa deje nám neznámymi pochodmi v onkogénom tkanive bez dokázateľného metastatického poškodenia kostnej drene.**

V snahe vybičovať kostnú dreň terapiou k normálnej hematopoeze, aplikoval som i.m. *Cyanocobalamín a 1000gamma (B12)* v 1 ampulke a *Thiamin 100 mg* v 1 ampulke. Podľa výsledkov laboratórnych vyšetrení som aplikoval *preparáty železa*.

V počiatku tejto kapitoly sa chcem vysloviť k problematike aplikácie **Cyanocobalamínu** v liečbe onkogénnych ochorení. Treba zdôrazniť, že **pre jeho kontraindikácie v prípade niektorých lokalít OP, aplikácia tohto preparátu musí byť zverená do rúk skúseného terapeuta.**

Kontraindikácie aplikácie Cyanocobalamínu:

Pri všetkých lokalitách, ktoré majú afinitu k lymfatickému tkanivu (Ca mammae, lymfómy, u Hodgkinovej choroby, Sarcomov, Ca pľúc, Ca pečene a všetky lokality s metastázami do pečene). U Ca mammae a Sarcomov vynechávam z liečebného postupu i Thiamín.

Pre ostatné lokality OP má cyanokobalamín v mojom liečebnom postupe nenahraditeľné miesto.

Pri Ca žalúdka (bez metastáz do pečene) aplikujeme tento preparát 1 až 2 mesiace.

Pacientke s Ca ovaria som aplikoval 150 ampúl Cyanocobalamínu a 1.000 gamma. Thiamínu 100mg aa 150 ampúl. Išlo o tumor veľkosti dvoch mužských hláv.

Cyanocobalamín a 1000 gama a Thiamín a 100 mg som i.m. aplikoval nasledovne :

Pri Ca žalúdka :

- | | |
|----------------------|--|
| prvý mesiac: | 2 x týždenne a 1 ampulku |
| druhý mesiac: | 1 x týždenne a 1 amp. - i. m., potom Cyanocobalamín Ex
a pokračujeme 1 amp. Thiamínu 1 x týždenne |
| v ďalších mesiacoch: | 1 x týždenne 1 ampulku Thiaminu . |

2/ b) algický syndróm a finálne štádium ochorenia

Okrem dobre známych faktorov algického štádia onkogénnych ochorení (tlak na okolité nervové

pletence, zúženie lúmenu ciev, obštrukcie bronchov a GIT) možno pripísať k zintenzívneniu bolestí i ischemické zmeny v samotnom onkogénnom tkanive. Algický syndróm je potom súborom tlakových, obštrukčných a ischemických syndrémov onkogénneho tkaniva v tomto štádiu ochorenia. **Organizmus je postupne zaplavovaný produktami rozpadu, ktoré značne urýchlia letálne štádium ochorenia.**

Výpotok v telových dutinách taktiež zapadá do problematiky liečby algického štádia ochorenia.

Odstránenie výpotku z telových dutín inštrumentálne možno hodnotiť ako symptomatický zákrok nesúci so sebou známe riziká a nie je konečným riešením. Preto **akýkoľvek liečebný postup bez medikamentózneho zabránenia tvorby výpotku, eventuálne bez umožnenia jeho resorpcie medikamentmi je neúplný a/alebo len čiastočne použiteľný.**

Praktický lekár **MUDr. Černák** v časopise Praktický lekár v marci 1979 roku odporúča aplikovať pri ascite a hydrotoraxe pri onkogénnych ochoreniach preparát **Trypsín retard** i.m. Ide o suspenziu **Lyofilizovaného Trypsínu v olivovom oleji.** (0.5 mg Trypsínu v 1 ampulke.)

Začlenením Trypsínu retard do môjho liečebného postupu sa tento stal akciesschopný i vo finálnom štádiu onkogénnych ochorení.

V kombinácii s uvedeným liečebným postupom som aplikoval tento preparát i preventívne v snahe zabrániť tvorbe výpotku v telových dutinách.

Nemusím zdôrazňovať, že pred aplikáciou tohto preparátu je nutné vykonať test na alergiu, (0.5 ml - i.m.do distálnej tretiny stehna), pretože niektorí pacienti môžu byť alergickí na jeho vehiculum (olivový olej).

Keďže alergická reakcia sa môže dostaviť až po opakovanej aplikácii Trypsínu retard, aplikoval som preventívne (i pri negatívnom teste na alergiu) spolu s ním i preparát **Dithiaden** i.m. Tým zabezpečím, že prípadná alergická reakcia je len lokálna v oblasti vpichu.

Po alergickej reakcii možno Trypsín retard ďalej aplikovať per os v dávkach, ktoré sú súčasťou plánu liečebného postupu.

Aplikácia tohto preparátu i per os je rovnako účinná, nakoľko sa Trypsín (rozpustený v olivovom oleji) neinaktivuje v žalúdku a po resorpcii v GIT spustí enzymatický proces v prospech liečby OP.

Preparát Trypsín retard i.m. aplikujeme nasledovne :

1. mesiac: 2 x týždenne 2 ampulky i.m. (možno aplikovať p.p.i 3 x týždenne)
2. mesiac: 2 x týždenne 2 ampulky i.m. (ak sme aplikovali 1. mesiaci 3 x týždenne Trypsín retard i.m., v druhom mesiaci aplikujeme tento preparát 2 x týždenne)
3. mesiac: 1 x týždenne 2 ampulky i.m.ako udržiavaciu dávku i v ďalších mesiacoch.

Pri chronických astmoidných bronchitídach preparát neaplikujeme, pretože spôsobuje proťahovaný spazmus bronchiálneho svalstva a nie je vylúčené, že zvyšuje i viskozitu spúta.

Pri Ca pľúc a pri expectorácií aplikujeme podľa stavu tento preparát jednu ampulku i.m. a zároveň aplikujeme jednu ampulku **Oxyphyllinil** i.m.2 x týždenne (možno aplikovať p.p.preparát 2 ampulky 2 x týždenne p.o.)

Pri Ca GIT aplikujeme preparát **Calcium efferv.C** - 3x 1/2 tabl. Preparát uľahčuje peristaltiku a čiastočne odstraňuje obstipácie.

Pri metastázach do kostí aplikujeme preparát **Biomín H** – 2x1 (Ca 1110 mg, Mg 15 mg, P 1,8 mg).

Pri Ca mammae a pri Ca prostaty aplikujeme tento preparát preventívne, ako i pri liečbe Sarcomov.

Nezabúdame na Rtg. th. (analgetické dávky pri metastázach do kostí).

Algický syndróm ochorenia kompenzujeme symptomaticky. Iba ojedinele som siahol po opiátoch.

K praktickej aplikácii liečebného postupu.

Pri sólovej aplikácii jednotlivých preparátov i.m. by sme pacienta zbytočne traumatizovali. Preto **Trypsín retard, Cyanocobalamín, Thiamín, Dithiaden, p.p.Oxyphylin** aplikujeme ako mixtúru 10 kubíkovou injekčnou striekačkou - i.m. (zelenou, alebo žltou ihlou) a striedame vpichy.

Immunoglobulín (**NORGA**) aplikujeme v uvedených dávkach i.m. sólovo.

Pri hemorhágiach aplikujeme preventívne, Kanavit i.m., eventuálne **per os**, ako i iné preparáty.

Praktická časť

V tejto časti svojej práci popisujem 107 pacientov, ktorých som liečil od roku 1973 do roku 1997. Pre lepšiu orientáciu v tejto časti rozdeľujem pacientov do dvoch skupín nasledovne:

1. Skupina

Pacienti liečení výhradne blokádou metabolizmu nádorov (BMN)

Môj liečebný postup bol zostavený pre pacientov, ktorí sa z akýchkoľvek príčin odmietli alebo nemohli podrobiť liečbe CHET a RAT. Počet týchto pacientov liečených výhradne BMN je **77**. Výsledky liečby týchto pacientov sú viac ako povzbudzujúce, pretože pacienti vďaka BMN neboli vydaní napospas základnému ochoreniu a bola im daná šanca prežiť a dožiť sa veľa rokov. V prípade niektorých pacientov bola BMN úspešne opakovaná 2 až 3 razy pri recidíve ochorenia.

Preto túto 1. skupinu pacientov popisujem kompletne všetkých 77 liečených pacientov.

Týmto pacientom nebola aplikovaná Rat a/alebo CheT z dôvodov intolerancie organizmu, rizikovej lokality OP alebo odmietania pacienta.

1. pacienti liečení len BMN, úspešne vyliečení a žijú doteraz veku primeraným životom,
2. pacienti liečení len BMN, úspešne vyliečení, ale exitovali na vedľajšie ochorenie alebo vysoký vek,
3. pacienti liečení ten BMN, ktorí exitovali na rozsiahlosť OP alebo recidívu základného ochorenia,
4. pacienti liečení len BMN, pri ktorých aplikácia liečby potvrdila alebo vylúčila onkologické ochorenie,
5. pacienti liečení len BMN, pri ktorých som nezistil súčasný zdravotný stav.

Tabuľka 1

Žijúci pacienti (stav ku koncu roka 2002)

Pacient por. číslo	Typ zhubného nádora	Histológia	Metastázy	Predch liečba chir.	Muž - Žena zn. 1 / 0	Vek začiatku ochorenia	Žije (roky)	Trvanie liečby (roky)
1.	CvstadenoCa ovari	1	0	0	0	53	21	6
2.	Nesidioblastom pankr.	1	1	0	1	24	10	1
3.	AdenoCa pankr.	1	1	0	0	73	5	1
4.	Leiomyosarkom colon	0	1	0	0	72	6	4
5.	Anaisarkoma pedis	0	1	0	0	52	20	1
6.	Leiomyosarkom ovariá	1	1	1	0	62	7	1
7.	AdenoCa žalúdku	1	1	1	1	57	12	1
8.	AdenoCa žalúdku	1	0	1	0	48	7	1
9.	Ca žalúdku	0	0	1	0	65	10	1
10.	Ca ceaci	1	0	1	1	54	10	1
11.	Ca rekta	1	0	0	0	69	10	1
12.	AdenoCa rekta	1	0	0	0	49	26	1
13.	AdenoCa ileocaeca	1	1	1	1	29	16	1
14.	AdenoCa rekta	1	0	0	0	45	21	1
15.	AdenoCa colon	1	0	1	1	75	9	1
16.	AdenoCa rekta	1	1	0	1	56	18	-
17.	AdenoCa colon	1	0	1	1	52	8	1
18.	AdenoCa colon	1	1	1	1	48	4	2
19.	AdenoCa colon	0	0	1	0	39	8	1
20.	Ca colon	1	0	1	0	68	6	1
21.	Ca siamae	0	1	1	1	75	6	1
22.	AdenoCa uteri	1	0	1	0	36	10	-
23.	AdenoCa uteri	1	0	1	0	58	10	1
24.	AdenoCa uteri	1	0	0	0	45	7	1
25.	Papilárnv Ca vesicae ur.	1	0	1	0	57	7	-
26.	Deminom testis	0	0	1	1	31	10	1
27.	Embrvónálnv Ca testis	1	0	1	1	19	10	1
28.	Neopl. renis (Gawitz)	0	0	1	1	44	11	1
29.	AdenoCa vesicae ur.	1	0	1	1	45	27	1
30.	Ca vesicae ur.	0	0	0	1	49	14	1
31.	Ca vesicae ur.	1	0	0	1	53	9	1

32.	Ca vesicae ur.	0	0	0	0	72	10	1
33.	Grawitz	0	1	1	0	51	2	1
34.	Ca larvnaou	1	0	0	1	57	11	1
35.	Ca linguae	0	1	1	1	56	11	1
36.	AdenoCa mammae	1	0	1	0	54	10	1
37.	Ca mammae	1	1	1	0	44	22	1
38.	AdenoCa mammae	0	0	1	0	51	12	1
39.	AdenoCa mammae	1	0	1	0	61	9	1
40.	Ca mammae	0	0	1	0	33	9	1
41.	Melanosarkom	0	0	1	0	34	8	1
42.	Melanom	0	0	1	1	38	7	1
43.	Melanom	1	0	1	0	43	7	1
44.	Malobunečný Ca pľúc	1	1	0	0	47	16	1
45.	Malobunečný Ca pľúc	1	0	0	1	55	13	1
46.	Spinocelulárny Ca pľúc	1	0	0	1	60	12	1
47.	Gigantocelulárny Ca pľúc	1	0	0	1	65	1	-
48.	Ca ventriculi	1	0	1	1	50	4	1
49.	Ca colon	1	0	1	1	58	2	1
50.	Ca Siamae	1	0	1	1	57	2	1
51.	Ca vesicae fellae	1	1	1	0	63	3	1
52.	Ca rectosiami	1	1	1	0	67	1	1
53.	Ca retroperitoneale	1	0	1	1	43	1	1
54.	Ca pancreasa	1	1	1	0	63	3	1
55.	Ca oezophagu	1	1	0	1	60	4	1
56.	Ca prostaty	1	1	1	1	57	1	1
57.	Ca hepatis	0	0	0	1	71	1	1

Tabuľka 2

Pacienti liečení výhradne BMN, ktorí zomreli na vedľajšie ochorenia alebo na vysoký vek (stav ku koncu roka 2002)

Pacient por. číslo	Typ zhubného nádora	Histológia	Metastázy	Predch liečba chir.	Muž - Žena zn. 1 / 0	Vek začiatku ochorenia	Žije (roky)	Trvanie liečby (roky)
1.	Ca pľúc	0	0	0	1	61	13	-
2.	Ca ilea	1	0	0	1	49	17	1
3.	Ca žalúdku	0	0	1	0	70	6	1
4.	Ca pľúc	0	0	0	1	73	8	1
5.	Ca pľúc	0	0	1	1	43	1	1
6.	AdenoCa uteri	1	0	1	2	60	17	1
7.	Ca vesicae ur.	1	0	1	1	60	4	1
8.	Ca žalúdku	0	0	0	0	79	6	1
9.	Ca recti	0	1	0	1	58	8	1
10.	AdenoCa recti	1	0	1	0	53	5	1
11.	AdenoCa ovari	1	0	1	0	76	3	1
12.	Ca mammae	0	0	0	0	82	3	1
13.	Ca pancreatis	1	1	1	0	78	5	1
14.	Leiomyosarcom	1	1	1	0	70	6	2
15.	Angiosarcom	1	1	1	0	64	20	3
16.	Adeno Ca colon	1	1	1	1	75	9	1
17.	Spinocell. Ca	1	0	0	1	73	12	1

Tabuľka 3

Pacienti liečení výhradne BMN, ktorí zomreli na rozsiahlosť alebo recidívu základného ochorenia (stav ku koncu roka 2002)

Pacient por. číslo	Typ zhubného nádora	Histológia	Metastázy	Predch liečba chir.	Muž - Žena zn. 1 / 0	Vek začiatku ochorenia	Žije (roky)	Trvanie liečby (roky)
1.	Mesoteliom	1	1	1	0	41	-	1
2.	AdenoCa žalúdku	1	1	1	0	64	2	1
3.	AdenoCa recti	1	0	0	0	42	6	1
4.	Ca colon	1	1	1	1	48	4	1
5.	Grawitz	1	0	1	1	55	2	1

6.	Tu pankreasa	0	1	0	1	59	1	1
7.	Ca ledvín	1	0	0	1	39	2	1
8.	Ca žalúdku	0	0	0	1	49	1,5	1,5
9.	AdenoCa žalúdku	1	0	1	1	37	1	1
10.	AdenoCa recti	1	0	0	1	63	3	1
11.	AdenoCa colon	1	1	1	1	60	4	1
12.	TU Grawitz	1	1	1	0	54	2	1
13.	Melanosarkom	1	0	1	0	44	9	1
14.	Malobun. Ca plúc	1	1	0	0	37	16	1

2. Skupina

Pacienti liečení BMN až po neúspechu RaT a/alebo CheT

Kladné výsledky liečby pacientov, pri ktorých som aplikoval BMN po predchádzajúcom neúspechu RaT a CheT, sú skromnejšie. Počet takýchto mnou liečených pacientov je **460. Väčšinu z nich som prijal v moribundnom stave s poškodením životne dôležitých orgánov a kostnej drene a boli prepustení do domáceho ošetrovania s odporúčaním už iba symptomatickej terapie.** Podstatou liečby týchto pacientov bolo predĺženie ich života a zmiernenie utrpenia. Cca 60-im percentám pacientom tejto skupiny mohol byť z mojej strany urobený iba pokus o zmiernenie utrpenia.

Z tejto skupiny pacientov nepopisujem všetkých, pretože táto práca by sa rozrástla na stovky strán, ale iba **vzorku 30 pacientov** (20 úspešne vyliečených – žijúcich, 10 exitovaných z rôznych príčin).

1. Pacienti liečení BMN po neúspechu RAT alebo CHET, úspešne vyliečení a žijú doteraz veku primeraným životom
2. Pacienti liečení A.M.T po neúspechu RAT alebo CHET a exitovali buď na rozsiahlosť OP, recidívu základného ochorenia, alebo na vedľajšie ochorenie či vysoký vek

Tabuľka 4

0.	Celkový počet pacientov liečených BMN po neúspechu RaT a/alebo CheT	460
1.	Úspešne vyliečení alebo po zdravotnej stránke podstatne zlepšení pacienti (podstatné predĺženie života)	140
2.	Zmiernenie utrpenia a predĺženie života	320