

# OSSIGENO-OZONO-TERAPIA QUALE SUPPORTO COMPLEMENTARE NELLA CURA DELLE MALATTIE ERPETICHE

(dott. Giorgio Grossi, Neuroradiologo)

Prima di entrare in merito al problema specifico, mi si consenta di far riferimento ad alcuni concetti generali. I virus, come tutti sanno, sono organismi incompleti, costituiti da una molecola di acido nucleico (DNA o RNA), ricoperta da un involucro di natura proteica, incapaci di attività metabolica al di fuori di una cellula ospite. I virus erpetici (H V = HERPES VIRUS ), dei quali trattiamo, si possono dividere in due sottogruppi principali: 1) il primo comprende l'HV 1 e l'HV2, 2) il secondo comprende il VIRUS VARICELLA ZOOSTER. Del primo sottogruppo, il tipo 1, virus con DNA a tropismo umano, interessa prevalentemente la cute in sede extragenitale, il tipo 2 è elettivamente genitale. Il tipo Varicella Zooster, nei soggetti sensibili, provoca la comune forma generalizzata e contagiosa e, nelle persone parzialmente immuni, provoca la forma Zooster clinica, localizzata e dolorosa, da riattivazione del virus, latente nei gangli spinali. Gli Herpes Virus hanno, infatti, la prerogativa di porsi in stato di "latenza" all'interno dell'organismo, dopo l'infezione

primaria;tendono pertanto a parassitare permanentemente l'individuo ospite,con tropismo elettivo linfoide nervoso;in particolare,nel 90%circa delle forme genitali,si osserva la comparsa di recidiva. In linea di massima,si riferisce l'episodio a caduta del tono immunitario,conseguente a stress psico-fisico,o al periodo mestruale,o ai rapporti sessuali. L'infezione primaria si realizza per contagio diretto,da una lesione in fase attiva(vescicola,ulcera);un individuo sano,che abbia un rapporto sessuale con un partner infetto in fase sintomatica,avrebbe 90 possibilità su 100 di restarne infettato;tuttavia,viene segnalata la possibilità che,nelle forme genitali,il primo episodio avvenga in modo asintomatico,anche se,in seguito,il 90% dei soggetti presenta recidive locali. Dalle casistiche USA,risulterebbero più di 20 milioni di nuovi casi/anno di forme genitali,il che esprime bene la tendenza

espansiva dell'infezione,condizionata anche dalle nuove abitudini sessuali a carattere promiscuo. Nei pazienti immunodepressi,il quadro può assumere drammatiche forme sistemiche febbrili. Non dimentichiamo,inoltre,la potenziale oncogenicità in sede del collo dell'utero,segnalata dai ricercatori.

Non insisto sui quadri clinici, segnalando solamente che l'HSV dovrebbe sempre essere sospettato, ogni qualvolta si osservi la comparsa di un gruppo di vescicole, su base diffusamente eritomatosa, precedute o accompagnate da parestesie locali, talora astenia profonda e/o febbricola. Nella forma Zoster è tipica la distribuzione dermatomica fissa. L'indagine diagnostica più semplice è la ricerca degli anticorpi specifici sul siero. Per quanto riguarda la terapia, l'intervento farmacologico, nelle forme virali, è condizionato dal fatto che i virus sfruttano, per il proprio metabolismo, i meccanismi biologici della cellula ospite.

Di qui la potenziale tossicità dei farmaci comunemente usati. Tra tutti, il più usato, per la sua buona tolleranza, è l'acyclovir, il quale, tuttavia, pare dare i migliori risultati, se usato precocemente al primo episodio.

Recentemente, nelle forme ad andamento cronico recidivante, ha trovato indicazione terapeutica l'utilizzo di immunomodulatori di estrazione timica.

Nella letteratura relativa al meccanismo dell'OSSIGENO-OZONO-TERAPIA, risulta che i virus a contenuto lipidico sono sensibili al trattamento di varie sostanze, tra le quali l'ozono, le quali, producendo la rottura o la perdita del contenuto lipidico, ne alterano il potere infettante. Questo

meccanismo sarebbe secondario alla formazione di perossidi;l'ozono,inoltre stimola la fagocitosi e,opportunamente usato,si comporta quale immunomodulatore. Alla luce di quanto sopra,riferisco la mia personale esperienza nella terapia di supporto con ossigeno-ozono,in pazienti affetti da malattie erpetiche:

---HV2(Herpes virus non genitale):ho trattato sette casi (5 donne e 2 uomini,di età compresa tra i 22 e i 47 anni) di HV recidivante;tutti avevano fatto uso di farmaci antivirali, per via topica e generale. Ritengo che la pratica migliore sia quella di infiltrare la lesione in fase di esordio,prima con procaina 1%,quindi con pochi cc di ossigeno-ozono a tre mcg/ml(ben tollerata). Associa la stimolazione biologica,o per via rettale(insufflazione della quale parleremo in seguito), o per via intramuscolare(piccola autoemoterapia,con 10 cc di sangue,in siringa monouso,uniti a 10 cc di ossigeno-ozono,a 30mcg/ml);da una a tre volte la settimana, a seconda della risposta individuale,soggettiva ed oggettiva(evoluzione del quadro eruttivo). Nelle forme più ostiche,,ho introdotto la monodose di acyclovir(800 mg)ogni 7-10 giorni,in somministrazione unica,la quale pare dare un marcato prolungamento delle fasi di remissione,in pazienti immunocompetenti. Questo comportamento,in atto da circa un anno,non ha presentato alcuna controindicazione

soggettiva e obiettiva, anche ai controlli ematici. L'uso della procaina è indicato dal suo effetto stabilizzante sulla membrana cellulare, secondo la neuralterapia di Huneke.

---HZ (Herpes Zooster, detto anche Fuoco di S Antonio): ho seguito due casi di zooster in fase di esordio, in due donne di mezza età, già in menopausa; la localizzazione era al capo e al viso, senza interessamento oftalmico. L'esecuzione di Grande autoemoterapia ozonizzata, a dosaggio ingravescente, (rispettivamente a 1000-3000-9000 mcg/ml, in serie rapida, idealmente a giorni alterni) ha bloccato l'eruzione alla fase di esordio, con rapida risoluzione clinica e senza comparsa di recidive (a 2 anni di epicrisi). Personalmente uso alte dosi di Vit C ev, prima della reinfusione, associate a Vit, A-E per os. Nelle forme intercostali (4 casi, dei quali 3 in donne anziane, a localizzazione dorsale), associo sempre la terapia locale, direttamente sul ramo nervoso in sede paravertebrale e lungo il metamero interessato, alla terapia sistemica (grande autoemoterapia o piccola autoemoterapia o insufflazione rettale). Il recupero della tecnica dell'insufflazione è nato come necessità, in pazienti che non gradivano l'insufflazione, o durante il trattamento di pazienti a rischi (tossicodipendenti, HIV positivi); la tecnica è infatti ampiamente presente nell'esperienza di molti autori del passato e del presente, anche perché è

facile ed economica. L'assorbimento pare essere ottimale e dà, clinicamente, buoni risultati, i quali confermano l'efficacia della tecnica stessa. Si inizia con bassa quantità (50cc) e basso dosaggio (30mcg/ml), utilizzando piccoli cateteri ed insufflando lentamente; si può giungere ad introdurre 100-200cc, fino a 60 mcg, da una a tre volte la settimana, secondo il quadro clinico e la risposta-tolleranza individuale. Non mi risultano effetti collaterali degni di nota. L'unica prerogativa è l'approccio psicologico, che tuttavia appare superabile, dati i numerosi vantaggi oggettivi.

Concludo affermando che: alla luce del fatto che le malattie virali, date le caratteristiche di comportamento biologico sopra segnalate dei virus stessi, non hanno, allo stato attuale, indicazioni farmacologiche di assoluto beneficio, a basso rischio nel tempo; che il ruolo del sistema immunitario appare più che mai essenziale nell'equilibrio biologico tra virus ed ospite,

LOSSIGENO-OZONO-TERAPIA, condotta nel rispetto dell'impostazione teorica corretta e nell'osservanza della tecnica idonea, appare, da sola o in associazione ad altri mezzi, un valido supporto terapeutico, per la sua azione virucida ed immunostimolante, senza presentare (in mani esperte) particolari rischi generici, nè specifici, nel rispetto

dei protocolli terapeutici approvati dalla Società Scientifica di Ossigeno-Ozono-Terapia (SIOOT).