

Профессор, доктор медицины Стоян Николов

ДИКРАСИН
ЛЕЧЕБНАЯ РАСТИТЕЛЬНАЯ СУСПЕНЗИЯ

Монография

Краткая биографическая справка об авторе

Профессор, доктор медицинских наук Стоян Николов родился в пригороде Софии – Чорна Баня. Окончил столичный медицинский факультет в 1941 году. И уже в 1945 году, выдержав конкурс, был назначен ассистентом терапевтической клиники Софийского медицинского университета. Здесь последовательно становился старшим ассистентом, доцентом, профессором. Автор более сотни научных трудов, учебников и отдельных статей. Одиннадцать лет руководил терапевтической клиникой при Первой городской больнице в Софии. Специалист по внутренним болезням и кардиоревматологии. В 1988-89 годах был консультантом в больнице природолечения и траволечения в г.Банкя. Здесь убедился в лечебных свойствах "Дикрасина", созданного народным целителем Димитром Кристевым, что и дало ему материал для написания этой монографии.

Вступление

Идея применения извечного опыта народной медицины и лекарственных растений получила в последние десятилетия официальное признание. Всемирная организация здравоохранения в своей резолюции 1977 года предложила всем странам поддержать исследования по фитотерапии и народной медицине.

Целебные свойства лекарственных растений, подчеркивалось в этом документе, должны стать частью современной фармакологии.

Лечебная растительная суспензия "Дикрасин" народного целителя Димитра Кристева была испытана в 1988-89 годах в специализированной больнице природо- и траволечения г.Банкя, а также в нескольких университетских клиниках за границей (в Австрии, Молдове, Югославии). Проводились испытания и на животных.

Цель этой монографии состоит в том, чтобы дать самые полные сведения о лечебных свойствах препарата "Дикрасин" и способах его применения, базирующихся на тщательных лабораторных и клинических исследованиях огромного числа больных. Здесь также даются сведения об основных заболеваниях при которых использовался "Дикрасин".

Автор

май 1997 г. София

Фитотерапия

Становление и современное состояние

Еще на заре существования человек прибегал к лечебным растениям, дабы уменьшить свои страдания. С незапамятных времен накопились и познания в применении лекарственных растений: появились врачеватели, знатоки лечебных трав, которые умели различать их свойства и употреблять при различных болезнях. Назвали их народные целители.

Средневековая Европа знавала таких известных ученых, сведущих в лечебных свойствах лекарственных растений, как Парацельс, Гален, Авиценна. У нас в VII веке, благодаря основанию болгарской державы, Иоанн Экзарх описал болезнь плеврит, излечиваемую корой и листьями вербы и тополя. А в X веке Святой Иван Рыльский был известен исцелением травами от многих болезней. Монахи тоже занимались народной медициной, врачуюя целебными травами. Летописец отмечает, как "проповедники путешествовали от селения к селению с двумя котомками через плечо – в одной хлеб, а в другой зелье".

Травы обладают уникальной способностью производить необходимые им для роста и созревания вещества из самых доступных естественных источников – кислорода, двуокиси углерода, солнечной энергии, воды, минеральных солей, земного тепла. В результате сложных биохимических процессов они сами образуют белки, витамины и многие биохимически активные вещества, обладающие целебными качествами – алкалоиды, флавоноиды, дубильные вещества, углегидраты, эфирные масла и т.п. Использование лекарственных трав для лечебных целей требует глубоких познаний о каждом растении – его технических свойствах, времени сбора, приготовлении заварок, чаёв, мазей и т.п. В народных сказаниях и присказках говорится, что "чудесную силу того или иного зелья можно обнаружить, если собрать его на ранней зорьке в сокровенную пору..." Есть и такие лекарственные травы, которые можно собирать лишь в определенное время – Юрьев день, Ивана Купала, Троицу и тому подобное.

Сегодня известно, что солнечное освещение, суточная температура, влажность почвы действительно играют важную роль не только в обмене веществ, но и в синтезе активнодействующих лечебных составляемых. Например, рано утром листья дурмана богаче на алкалоиды, чем вечером. А вот листья красной и желтой наперстянки, содержащие целебные гликозиды, наиболее богаты ими днем. Имеет значение и состав почвы – так плоды шиповника, собранные в некоторых районах Болгарии, намного богаче витамином С, а в других районах содержание витамина С в плодах шиповника недостаточно.

В наше время лечебные и профилактические свойства лекарственных растений внимательно изучаются. Существует специальная

отрасль медицины, именуемая фитотерапией, в основании которой — многовековой опыт народной медицины и данные новейших исследований клиницистов. Но, повторяюсь, фитотерапия ни коим образом не противостоит официальной медицине, а является неотъемлемой частью современной фармакологии.

XX век стал эпохой небывалого взлета синтетической химии, как и лекарств, полученных химическим путем. Они с большой эффективностью помогают при лечении многих болезней. Но не следует забывать, что часть самых лучших лекарств дают все же растения: хинин — из коры хинного дерева, морфий — великолепный усмиритель боли — из мака, атропин — из белладонны, дилиталис, очень мощное лекарство, укрепляющее деятельность сердца — из наперстянки, нивалин — из подснежника...

Научному становлению фитотерапии способствовали такие именитые ученые, как проф. Владимир Алексиев, Петр Николов, Веселин Петков, народный целитель Петр Димков и другие. Известно, что целебные травы по сравнению с химическими лекарствами значительно безопаснее для человека — лучше переносятся и дают меньше побочных воздействий. Да и болгарская медицина стала известна всему миру после знаменательных открытий наших фитотерапевтов: народного целителя Ивана Радева, излечивающего болезнь Паркинсона белладонной, и проф. Димитра Паскова, который начал лечить полиомиелит (детский паралич) при помощи нивелина, добытого из подснежника.

Большую поддержку идее использования тысячелетнего опыта народной медицины оказала Всемирная организация здравоохранения, признав ее заслуги на сессии 1977 года. Именно тогда была принята резолюция ВОЗ о развитии и исследовании достижений народной медицины. Кстати, за год до этого в Женеве координационная группа ученых разработала широкую программу изучения достижений народной медицины. Эта программа не только предлагала всем правительствам поощрять исследования опыта народной медицины, но и призывала к проведению всесторонних клинических экспериментов по выяснению целебных свойств лекарственных трав и лечебных средств животного и минерального происхождения.

Редакционная статья ноябрьского журнала Всемирной организации здравоохранения 1977 г. провозглашала, что, несмотря на продолжительную конфронтацию между развивающимися разными путями официальной и народной медициной, пришло время объединить усилия во имя главной цели — здоровья. Современная медицина, подчеркивалось в статье, может многое взять от народной медицины. В то же время каждое открытие народной медицины нуждается в научной — экспериментальной и клинической — проверке.

Дикрасин

Растительная суспензия "Дикрасин" народного целителя Димитра Кривева содержит флавоноиды, эфирные и дубильные вещества, растворенные в дистиллированной воде. В раствор добавлена 3-4% соляная кислота. Суспензия предназначена для внешнего употребления – намазывания на кожу всего тела или на отдельные болезненные ее участки. Предлагается во флаконах по 65 мл (рис. 1).

Методика применения следующая:

Намазывается все тело.

В первый день почти половина флакона (около 30 мл) идет на смазывание тела (кроме головы и лица). Мышцы массировать от краев к середине, до полного впитывания суспензии кожей. Спину и грудь массировать кругами. Время одного сеанса – 30-40 минут.

На второй день проводить только массаж, без лекарства. На третий день – отдых. Можно даже сходить в баню. Четвертый, пятый и шестой дни повторить то, что в первые три, используя оставшуюся часть флакона.

Во вторую и третью недели повторить цикл лечения с еще 2 флаконами. Если возникнут отеки или расширение вен, лечение суспензией не отменяется, но проводится без массажа. Во время менструации "Дикрасин" не применяется.

При более сложных заболеваниях после перерыва на 10-14 дней лечение можно повторить, употребив еще 3 флакона. На небольших участках тела суспензия употребляется редко. Смазывание их и растирание повторяются через день.

При нежной и чувствительной коже иногда может возникнуть раздражение. Тогда кожу следует промыть водным раствором хлебной соды (бикарбонат натрия) и смазать кремом. Ранка исчезнет, не оставив следа.

Примечание: Речь идет о суспензии "Дикрасин-1". Есть и "Дикрасин" с номером 2 для особых случаев.

**"Дикрасин" –
клиническое подтверждение его лечебных свойств**

В 1988-89 гг., будучи консультантом в специализированной больнице-траволечебнице в г.Банкя, автор убедился в лечебных свойствах растительной суспензии народного целителя Димитра Кривеца, удачно названной "Дикрасин".

Больницу на 80 пациентов обслуживали 3 врача-терапевта, 1 начальник отделения, медицинские сестры, массажистки, лаборантки и санитарки. В указанный период здесь пролечились стационарно 221 страдающих внутренними заболеваниями – 112 мужчин и 109 женщин. Большинство больных – в возрасте от 30 до 60 лет. По нозологической единице они распределялись следующим образом:

Таблица 1

Остеоартроз различной формы, спондилоартроз, коксоартроз, гоноартроз и др.	61 б
Ревматоидный полиартрит	51 б
Болезнь Бехтерева (анкил. спондилартрит)	29 б
Подагра	42 б
Артериальная гипертензия	15 б
Ишемическая болезнь сердца	11 б
Облитерирующий эндартериит	5 б
Сахарный диабет	2 б
Бронхиальная астма и др.	1 б

Итого

221 б

Больные поступили из лечебных учреждений, где проходили многообразное медикаментозное и физиотерапевтическое лечение без надлежащего улучшения. Лечение в Банкя было платным, пациенты не имели отпусков во время лечения, придерживались режима, так что у них не было иных возможностей поправить здоровье.

Все пациенты – при поступлении и выписке – были тщательно исследованы, включая анамнез, самочувствие, рентгенографию суставов и подробную кардиограмму; полную картину крови – биохимический анализ: сахар, холестерин, креатинин, энзимы, протеинограмма; урина, легкие, печень и т.д. В отдельных случаях проводилась эхография грудной клетки, эхокардиография и другие специальные исследования.

Больные надлежащим образом ежедневно осматривались, малейшие замечания фиксировались в истории болезни. Лечение продолжалось 20 дней. "Дикрасин-1" употреблялся по описанной выше методике – смазывание всего тела. Кроме этого пациенты три раза на день пили целебный чай – по 100 мл. И никаких медикаментов.

Анализ результатов

Результаты даются по нозологической единице (табл. 2). Оценка лечения выведена по градации: с улучшением, без изменения в состоянии, с ухудшением, усопшие.

Таблица 2

1. Остеоартроз	61 стационар. больн.
<u>Выписаны</u>	
С улучшением	41 б – 67,1%
Без изменений	20 б – 32,2%
С ухудшением	–
Усопшие	–
2. Ревматоидный полиартрит	51 стационар. больн.
<u>Выписаны</u>	
С улучшением	29 б – 56,8%
Без изменений	22 б – 43,1%
С ухудшением	–
Усопшие	–
3. Болезнь Бехтерева	29 стационар. больн.
<u>Выписаны</u>	
С улучшением	19 б – 65,4%
Без изменений	10 б – 34,3%
С ухудшением	–
Усопшие	–

Остеоартроз, ревматоидный полиартрит и болезнь Бехтерева – самые частые заболевания опорно-двигательного аппарата. Страдающих от них набралось 141 (табл. 1). Лечение их "Дикрасином" дало самые благоприятные результаты (табл. 2). Как можно убедиться, больше половины больных (67,1% с остеоартрозом, 56,8% с ревматоидным полиартритом, 65,4% с болезнью Бехтерева) выписались с улучшением. Улучшение может быть субъективное и объективное. Субъективное состоит в уменьшении – до исчезновения – болей в суставах, мышцах и улучшении их подвижности. Объективное – в уменьшении и исчезновении опухлостей суставов, их деформаций, улучшение двигательной

способности. Последнее устанавливалось хождением по ровному, поднятием позвоночника, сгибанием и разгибанием суставов (нагибание и разгибание позвоночного столба, приседания, сжимание рук в кулаки, избавление от утренней скованности и др.).

Некоторые пациенты, прибывшие с костылями и палками, забывали о них, начав двигаться самостоятельно. Улучшалось и общее самочувствие больных — аппетит, настроение, сон. Лабораторные анализы засвидетельствовали явное улучшение — приближение к норме РОЭ, протеинограммы, фибриногенов в сыворотке крови. Самыми устойчивыми оказались рентгенопоказатели, которые не выявили значительных изменений за краткий 20-дневный срок.

При оценке клинического лечения болезней на первое место современные авторы ставят болезнь, на второе — функциональное состояние костно-суставного аппарата и на третье — лабораторные и рентгенопоказатели (К.Кенев, Насонова, Маккарти, Шумахер, Шейтанов и др.). А в траволечебнице г.Банкя больные остеоартрозом самые быстрые и благоприятные результаты имели именно в случае с так называемым артрозоартритом. То есть, при воспалительных процессах в суставах, задетых артрозом, который и возбуждает первичные дегенеративные явления.

В большинстве подобных заболеваний воспаление суставной капсулы влияет на воспалительный процесс, воздействуя отеком, болевыми ощущениями нервных окончаний на состояние структуры сустава. Клинически активный артроз характеризуется болезненным состоянием и при покое, с нестерпимой ночной болью, обостряющейся во второй половине ночи, с отеком и ограниченной подвижностью сустава, потеплением кожи над ним, повышением РОЭ и фибриногена в сыворотке крови. Кстати, это явление (активный артроз) может наблюдаться и в позвоночном столбе, и в тазобедренном или коленном суставах, как и во всех иных суставах человеческого тела.

В некоторых случаях при лечении "Дикрасином" было замечено незначительное увеличение отека и обострение болей в суставах в самом начале лечения, но впоследствии наступало быстрое и значительное улучшение состояния пациентов.

Без изменений в самочувствии отмечено лишь около трети больных третьей группы (табл. 2). Это пациенты с многолетними заболеваниями, с тяжкими фиброзными и анкилозными изменениями (срастание) суставов. При повторении курса лечения, проводимого на дому, некоторая часть из них отметила улучшение (см. отдаленные результаты).

Ухудшения состояния больных и осложнений у них во время лечения в траволечебнице г.Банкя не наблюдалось — не зафиксировано аллергических явлений на коже или других органах, почти не было

никаких побочных эффектов, благоприятно реагировали сердце, печень, желудок, почки. Кстати, за функциями печени и почек наблюдали через энзимы АсАТ и АлАТ, креатинин и мочевину в сыворотке крови, которые оставались без изменений. Это очень важное обстоятельство, потому что почти все антиревматические медикаменты неблагоприятно отражались на кровообращении, печени, почках, пищеварительной системе.

У некоторых больных при намазывании "Дикрасином" возникало раздражение кожи, которое быстро исчезало.

При подагре, которая развивалась в подагровый артрит, две третьих больных тоже имели очень хорошие результаты. Конечно, все они состояли на специальной диете, содержащей пурин.

Отдаленные результаты

Пациенты, лечившиеся в Банкя, являлись на контрольный осмотр спустя один, три и шесть месяцев после выписки из стационара или же отвечали на письменную анкету.

Табл.3

1. Остеоартроз	36 б
С улучшением	24 б – 66%
Без изменений	11 б – 30,6%
С ухудшением	1 б – 2,7%
Усопших	–
2. Ревматоидный полиартрит	20 б
С улучшением	16 б – 80%
Без изменений	3 б – 15 %
С ухудшением	1 б – 5 %
Усопших	–
3. Болезнь Бехтерева	21 б
С улучшением	14 б – 66,6%
Без изменений	7 б – 33,3%
С ухудшением	–
Усопших	–

Еще благоприятнее оказались результаты анкетирования, проведенного Болгарским министерством здравоохранения среди 49 участковых врачей по месту жительства больных, лечившихся в Банкя. Улучшение наступило у 92% страдающих остеоартрозом и ревматоидным полиартритом, а также у 75% страдающих болезнью Бехтерева.

Кроме больных, страдающих заболеваниями опорно-двигательного аппарата, в траволечебнице Банкя лечились "Дикрасином" по методу народного целителя Димитра Кристева и некоторое количество пациентов, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы, гипертонией и ишемической болезнью сердца – всего 26 чел. В этом случае более половины больных избавилось от приступов стенокардии, нормализовалось артериальное давление...

Известное число больных (табл. 1) – с облитерирующим энтеритом, сахарным диабетом, бронхиальной астмой, их совсем мало, – не сделали для себя никаких выводов.

Кроме стационарных пациентов в банкявской клинике лечилось **несколько тысяч** амбулаторных больных – в основном страдающие заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Они ежедневно осаждали траволечебницу с целью встретить Димитра Кристева или хотя бы врача у которого можно было бы получить "Дикрасин", ибо как пользоваться лекарством их уже научили близкие. Результаты лечения зафиксированы в амбулаторном журнале и, за незначительным исключением, очень благоприятны.

В 1994 году лечебное воздействие "Дикрасина" испытывалось в 3 университетских клиниках по терапии и ревматологии в Пловдиве, Старой Загоре и Плевене. В университетской клинике Пловдива, специализирующейся по внутренним болезням и ревматологии (руководитель проф. д-р Салаков) в клинической и амбулаторной обстановке были обследованы 32 пациента с неосложненным остеоартрозом, лечившихся "Дикрасином", и 15, с таким же диагнозом, получавшим плацебо (препарат, который по внешнему виду и цвету упаковки идентичен "Дикрасину", но не содержит растительной суспензии Димитра Кристева, а индифферентный раствор). Группу, лечившуюся "Дикрасином", контролировали 2 врача и 1 медицинская сестра. Средний возраст пациентов – 50 лет.

Среди обследованных больных первой группы 8 было с пораженными коленными или тазобедренными суставами (гонартроз или коксартроз), 8 – с локальным поражением позвоночного столба (спондилартроз), и 16 – с поражением позвоночника и периферических суставов.

"Дикрасин-1" употреблялся по описанной выше методике – смазывалось все тело. Поставленный диагноз остеоартроз согласовывался с 7 критериями американской ревматологической ассоциации: боль, ограниченная подвижность, утренняя скованность суставов, разрастание костей, защитный инстинкт, повышение температуры кожи над суставом, наличие нароста (остеофит).

Пациенты прошли полное клиническое, биохимическое и рентгенообследование. Улучшили состояние в результате лечения

"Дикрасином" 71% больных, 29% не обнаружили изменений. Ухудшение и осложнение отсутствовали, переносимость траволечения оказалась очень хорошей.

В этой же клинике Пловдивского университета был проведен еще один эксперимент с "Дикрасином": 33 амбулаторных пациента лечились от активного остеоартроза. Контрольная группа из 15 чел. получала плацебо. Средний возраст больных – 56 лет. Все они прошли полное клиническое, рентгенологическое и биохимическое обследование. Улучшение – субъективное и объективное – установлено у 68% больных, лечившихся "Дикрасином". Характеризовалось оно выраженным снижением болевых ощущений, улучшением подвижности суставов и лабораторных анализов. У 7 больных (21,2%) после первого намазывания наблюдалось усиления боли, которая исчезала с повторением процедуры. Последствия – значительное улучшение самочувствия пациентов.

В университетской терапевтической клинике г.Старая Загора были испытаны и лечебные возможности препарата "Дикрасин-гель". Этот бальзам светло-кофейного цвета содержится в 60 миллилитровой емкости. Он почти такой же, как и суспензия, но с добавлением 3% желе. В остальном состав бальзама идентичен суспензии, используется по той же методике.

"Дикрасин-гель" употреблялся 34-мя амбулаторными больными активным остеоартрозом – 21 женщиной и 13 мужчинами, средний возраст которых достигал 58 лет. В то же время 16 пациентов использовали плацебо. Перед и после 18 дневного лечения все они прошли полное клиническое, рентгенологическое и лабораторное исследование.

Улучшение – объективное и субъективное – наступило у 73,5% лечившихся. Ухудшений и осложнений не наблюдалось. У незначительного числа пациентов зафиксировано кратковременное раздражение кожи. Мнение автора: "Дикрасин-гель" пригоден для лечения активного остеоартроза.

В том же 1994 году растительная суспензия "Дикрасин" проходила клиническое испытание в Университетской ревмокардиологической клинике г.Плевена (руководитель кандидат медицинских наук, доцент Ив. Чернев). Лечение по известной методике проходили 35 больных неосложненным остеоартрозом в возрасте от 38 до 73 лет. 15 пациентов с таким же диагнозом в возрасте от 47 до 75 лет получали плацебо. Лечебный курс продолжался 21 день. **73,34% больных закончили лечение "Дикрасином" с явным улучшением.** Ухудшений и осложнений не наблюдалось, кратковременные явления незначительного раздражения кожи исчезали бесследно.

Все эти положительные результаты дают основание для настоящей рекомендации: растительная суспензия "Дикрасин" народного целителя Димитра Крестева пригодна для лечения остеоартроза.

! Изучен в Брн

"Дикрасин"
нашел признание и за границей

В 1993 году Фонд "За милосердие и здоровье" провел в Молдове лечение 128 болгар, живущих в Кишиневе, с помощью растительной суспензии "Дикрасин". Эксперимент проходил под руководством доктора медицины, директора Фонда Атанаса Шишкова. Протокол этого мероприятия был передан Болгарскому министерству здравоохранения, а копия – Димитру Кристеву.

С артрозными заболеваниями поступило 66 пациентов – 36 мужчин и 30 женщин в возрасте от 16 до 70 лет и с давностью заболевания свыше 5 лет. 37 пациентов лечилось растительной суспензией по методу Димитра Кристева, а 29 получали плацебо. Все пациенты принимались на стационарное лечение с экспертными заключениями лечебных заведений. Курс лечения – 21 день. Представленный протокол засвидетельствовал, что с очень хорошим результатом было 26-27% лечившихся "Дикрасином", с хорошим – 8-22% и без результата – 3-8%. У лечившихся плацебо результаты следующие: очень хорошо – 2-6%, хорошо – 3-9%, никакого результата – 24-85%.

Великолепный и просто хороший эффект от лечения "Дикрасином" наблюдался и в том, что "еще в первые дни лечения у многих больных исчезало воспаление суставов, отеки и боль; быстро восстанавливалась походка, больные становились общительны и жизнерадостны".

Лечились "Дикрасином" и 62 больных мигренью – 47 женщин и 15 мужчин, средний возраст 40 лет, с давностью заболевания свыше 5 лет. 32 пациента лечились суспензией по методу Димитра Кристева, а 30 – плацебо. Очень хорошие результаты от лечения "Дикрасином" имели 20-63%, хорошие – 7-22%, никаких результатов – 5-15%. Лечение же плацебо имело минимальный эффект. (Автор под термином очень хороший результат понимает прекращение приступов и болей головы, а хороший результат – редкие приступы и уменьшение болей головы).

В заключение автор достаточно уверенно утверждает, что препарат "Дикрасин" нужно рассматривать как сенсационное открытие, и, хотя с опозданием, но прекратить употребление кортизона, целестона и др. чреватых последствиями препаратов, неотложно внедрив производство суспензии. Недаром болгары Молдовы так гордятся тем, что "Дикрасин" открыт болгаринном.

В Сиднее, Австралия, в 1993 году открылась больница, специализирующаяся на лечении "Дикрасином". Ее директор Солон Балтинос дал следующее заключение об эффективности этого препарата: "Дикрасин" испытан на большом числе пациентов и мы очень рады, что сказанное господином Кристевым подтвердилось. Эффективность его удивительна".

В Белграде тоже имеются прекрасные клинические результаты по эффективности суспензии. Министерство здравоохранения Югославии дало разрешение на производство и реализацию "Дикрасина" Димитра Кристева.

***Проверка эффективности "Дикрасина" подтвердилась
и при экспериментах с животными***

В Институте фармакологии при медицинском факультете в Софии на 24 крысах и 12 морских свинках проводился эксперимент по лечению животных, инфицированных артритом, с помощью растительной суспензии "Дикрасин". В заключении сказано, что "препарат "Дикрасин" обладает хорошо выраженным противовоспалительным действием". Этот же эффект наблюдался при острой фазе артрита – на 3-й-5-й день, и при хроническом течении болезни – на 9-й-10-й день.

В одном из предыдущих экспериментов, проведенном под руководством проф. Ради Овчарова на 56 животных, инфицированных артритом, тоже был получен положительный результат с помощью лечения растительной суспензией.

Проведено вполне достаточно биохимических экспериментов – клинических, со стационарным лечением, и амбулаторным лечением больных, которые подтверждают положительное целебное воздействие растительной суспензии "Дикрасин" Димитра Кристева, как и ее разновидности "Дикрасин-гель", других препаратов. Свыше половины обследованных больных были выписаны из стационара с объективным и субъективным улучшением. Столько же пациентов улучшили свое здоровье и после амбулаторного лечения.

В специализированную траволечебницу в г.Банкя принимались пациенты с описанием болезней, от которых их многократно лечили с помощью медикаментов и физиопроцедур в других больницах, но без видимого улучшения. В университетских клиниках Пловдива, Старой Загоры, Плевена проводилось обследование контрольных групп больных, лечившихся от известных заболеваний, получавших как "Дикрасин", так и плацебо. То же было и в кишиневских больницах. Проводились также экспериментальные проверки животных. Везде благоприятное лечебное свойство "Дикрасина" более всего проявлялось при заболеваниях опорно-двигательного аппарата – остеоартроза, ревматоидного полиартрита, болезни Бехтерева.

Остеоартроз имеет различные разновидности – спондилоартроз, коксоартроз, гоноартроз, омоартроз (артроз плечевого сустава), артрит пальцев, рук, стопы и много других. Таким множеством распространенных заболеваний страдают десятки и сотни миллионов больных во всем мире. Многочисленные рентгенологические иссле-

дования мужчин и женщин в возрасте свыше 50 лет убедительно свидетельствуют, что больше половины из них имеют артритные изменения суставов рук и ног.

Этиология (причина) и патогенезис этих явлений, как и самих заболеваний, все еще не выяснены. Однако же они общие для каждого отдельного артроза. Термин остеоартроз – просто общее понятие, в которое входят также некоторые неартрозные формы.

Другие заболевания опорно-двигательного аппарата – ревматоидный артрит и болезнь Бехтерева – все еще слишком частые, они поражают даже очень юных людей и нередко приводят не только к инвалидности, но даже к летальному исходу. К сожалению, в последнее время участились заболевания и подагровым артритом.

Как действует "Дикрасин"

Экспериментальные и клинические исследования показывают, что "Дикрасин" имеет **противовоспалительное свойство**. При смазывании кожи суспензия усиливает ток в кровеносных сосудах, влияя на весь организм, но особенно – на суставы и околосуставные структуры.

Растительная суспензия "Дикрасин" оказалась очень полезной и при лечении периартрита. Периартрит – это воспаление околосуставных структур. Характеризует его сильная боль, отеки и скованность суставов. Болезнь может поражать любые суставы, но чаще всего периартрит "выбирает" колено, локоть, плечо. Суспензию употребляют, намазывая на все тело или (реже) на больное место около сустава. В траволечебнице г.Банкя амбулаторно лечились от периартрита сотни больных – неизменно с очень хорошим результатом.

Важен патогенетический механизм лечебного воздействия растительной суспензии Димитра Кристова на ревматоидный артрит как и болезнь Бехтерева. Это аутоиммунное заболевание и чтобы разобраться в нем следует чуть подробнее коснуться иммунитета и иммунной системы организма.

Иммунная система человеческого организма имеет задание охранять тело как от внешних микроорганизмов – бактерий, вирусов, паразитов, химических соединений, так и поддерживать чистоту внутренней среды. Нормальная иммунная система обеспечивает так называемый иммунитет организма, т.е. невосприимчивость к заболеваниям.

Иммунитет бывает врожденный и приобретенный. Некоторые люди имеют врожденный иммунитет от кори, оспы, туберкулеза и т.п. А вот неподатливость организма скарлатине, дифтерии и прочим инфекционным болезням – это уже приобретенный иммунитет. Именно невосприимчивость организма к повторным заболеваниям возможна благодаря приобретенному иммунитету.

Что собой представляет иммунная система

Состоит она в основном из 2-х типов структур – клеточной и гуморальной. Клеточную структуру составляют: лимфоциты, моноциты, макрофаги и другие кровяные клетки. Главную роль в этой системе играют Т- и В-лимфоциты. При вторжении чужеродного агента, чаще микроба, в человеческий организм первыми реагируют Т-лимфоциты, которые распознают агента и атакуют его совместно с макрофагами, полинуклеарными лейкоцитами и другими клетками, возбуждая воспалительный процесс, при котором микробы уничтожаются.

Гуморальный иммунитет обеспечивается В-лимфоцитами, продуцирующими иммуноглобулины – белковые вещества, растворенные в плазме крови. Микробы, паразиты и другие болезнетворные агенты – тоже белковые вещества, называемые антигенами. Соединения этих организмов образуют антитела, состоящие из иммуноглобулинов. Антитела связывают антигены, дезактивируя и обезвреживая их. Таким образом иммунная система – клеточная и гуморальная – обеспечивает защиту организма, нейтрализуя внешние патогенные влияния. При ослабленной иммунной системе микробы размножаются, – развивается воспалительный процесс с хроническим, обостренным или смертельным исходом.

В последнее время сильно возрос интерес к так называемым аутоиммунным заболеваниям. Установлено, что внутри человеческого организма могут присутствовать антигены, называемые аутоантигенами. Связываясь, они образуют аутоантитела. Аутоантитела соединяются с аутоантигенами, не имея возможности обезвредить и уничтожить их. Образуются комплексы – антиген-антитело, – которые циркулируют в крови и отлагаются в тканях и структурах организма – хрящах, суставах, кровеносных сосудах и т.п., повреждая их, образуя такие отклонения, как печеночные гепатоциты и проч. Таков патогенез аутоиммунных заболеваний.

К ним, согласно современной точке зрения, относятся ревматоидный полиартрит, болезни Бехтерева, Райтера, псориатический артрит, детский артрит, тиреотоксикоз, ранний диабет, хронический рецидивирующий гепатит, гломерулонефрит, рассеянный склероз и т.п. Некоторые авторы причисляют к аутоиммунным заболеваниям и шизофрению. Все это тяжелые хронические заболевания, от которых нет надежного лечения.

В настоящее время проводятся усиленные исследования по установлению причины аутоиммунных заболеваний и особенно – по определению характера и образования аутоантигена. Некоторые ученые предполагают, что это следствие влияния микроорганизмов, вирусов (ретровирусов), которые до сих пор еще не открыты. Допускается, что

некоторые ткани человеческого тела претерпевают такие белковые изменения, которые распознаются Т- и В-лимфоцитами как чужеродные.

В сыворотке крови больных аутоиммунными заболеваниями обнаружили специфические аутоантитела – антиядерные антитела. Таковы факты.

Самыми важными лекарственными средствами лечения аутоиммунных заболеваний являются кортикостероиды и иммуносупрессоры. Считается, что кортикостероиды – преднизон, преднизолон, дегидрокортизон, урбазон препятствуют образованию аутоиммунного комплекса и поражению структур организма. Они дают временное улучшение состояния больного, но имеют множество побочных эффектов, основным из которых является: раздражение желудка с образованием язв, кровоизлияний и прорыва ткани; остеопороз (выведение кальция из костей с последствием частых спонтанных переломов); гипертония; гипергликемия с появлением диабета или обострением уже имеющегося; ожирение с появлением волос на лице (синдром Кушинга-Яценко); несопротивление инфекциям и др. Развивается "вторая болезнь", не менее опасная, чем первая.

Иммуносупрессоры – имуран, азатиоприн, циклофосфамид угнетают клеточный иммунитет и образуют аутоиммунные комплексы. К тому же они обладают токсическим действием, особенно на костный мозг.

Как было сказано выше, в специализированной траволечебнице г.Банкя 51 больной ревматоидным полиартритом и 29 страдающих болезнью Бехтерева пролечились "Дикрасином". Больше половины (56%) больных ревматоидным полиартритом и 63,4% страдающих болезнью Бехтерева выписались с улучшением. Еще большее улучшение они имели при контрольном обследовании через один, три и шесть месяцев после выписки из стационара, как указывалось в анкетах, направленных в министерство здравоохранения Болгарии.

В университетских клиниках Пловдива и Старой Загоры также были получены положительные результаты при лечении "Дикрасином" больных ревматоидным полиартритом. Можно допустить, что "Дикрасин" влияет на иммунные и аутоиммунные процессы. Есть вероятность, что он стимулирует Т- и В-лимфоциты и препятствует отложению циркулирующих аутоиммунных комплексов на суставах и других структурах. При лечении иммунных и аутоиммунных заболеваний, как видим, стоит отдавать предпочтение лечению "Дикрасином" из-за его эффективности и безвредности.

Народный целитель Димитр Кристев имеет собственный опыт лечения "Дикрасином" и больных псориазом, псориатическим артритом, менингитом, ранним артритом и проч. Результаты были очень хорошие. Конечно, необходимы дополнительные клинические и эксперимен-

тальные исследования эффективности лечения "Дикрасином" тех или иных иммунных и аутоиммунных заболеваний.

В специализированной траволечебнице г.Банкя успешно пролечены и больные сердечно-сосудистыми заболеваниями – 15 с артериальной гипертензией и 11 с ишемической болезнью сердца. Больные находились на стационарном излечении. Результаты оказались благоприятные – у большинства больных артериальной гипертензией кровяное давление понизилось, у больных ишемической болезнью сердца сократились и стали намного легче приступы стенокардии.

В этом случае механизм действия "Дикрасина" иной – вероятнее всего происходит расширение периферических и коронарных артерий, что приводит к уменьшению сопротивления в периферических сосудах и снижению артериального давления, а расширение коронарных артерий – к улучшению кровоснабжения миокарда. Несомненно, эти выводы тоже нуждаются в последующих клинических и экспериментальных исследованиях.

Болезни опорно-двигательного аппарата

Ниже рассмотрим болезни опорно-двигательного аппарата, на которых было изучено лечебное действие препарата "Дикрасин".

Спондилоартроз

Позвоночный столб состоит из позвонков и позвоночных дисков, которые обеспечивают движения головы, шеи и туловища. Кроме того, позвонки образуют позвоночный канал, где размещен позвоночный костный мозг.

Спондилоартроз (артроз позвоночника) довольно-таки распространенное заболевание, которое поражает пожилых людей, но не редко и молодых. Массовые рентгенологические исследования населения – мужчин и женщин в возрасте свыше 50 лет – показывают, что более половины из них имеют артрозные изменения. Десятки и сотни миллионов людей по всему миру страдают спондилоартрозом.

Этиология (причины). Причины возникновения этого заболевания точно не установлены. Предполагаются наследственные факторы, перенапряжения позвоночника (поднятие тяжестей), простуда, инфекция, искривления позвоночника в детском возрасте (сколиоз), чрезмерные нагрузки и др.

Анатомические изменения начинаются с межпозвонковых дисков. Каждый диск состоит из пульпозного ядра и фиброзного кольца. Прежде всего дегенеративным изменениям подвергается пульпозное ядро: теряет свою эластичность, истончается и трескается. Подобные процессы происходят и в фиброзном кольце. После того, как межпозвонковый диск утратил свои амортизационные функции, позвонок начинает стираться, что и порождает изменения в нем – склероз, киста и др. По периферии позвоночного столба формируются наросты – остеофиты (шипы). Часто к дегенеративным изменениям добавляются воспаления. Тогда мы говорим об **активном артрозе или артрозоартрите**. Обычно подвергаются поражению четвертый и пятый поясничные и первый sacralный позвонки, затем шейные и грудные.

Поясничный спондилоартроз. В зависимости от степени изменений в диске и позвонках различают 3 синдрома – **люмбаго, люмбонизалгия и ишиас** (радикулит, неврит и поражение седалищного нерва).

Люмбаго характеризуется болью в крестце, которая имеет механический характер, т.е. появляется при движении и утихает в покое. Утреннее болезненное ощущение скованности позвоночника доминирует особенно. Чаще всего разминка больного начинается с опирания руками о стул или о поручни.

При активном спондилоартрозе боль становится постоянной, в дневное и ночное время, а движения позвоночника сильно ограничены.

Рентгенологические исследования дают яркую картину преобразований: видны сужения в межпозвонковых пространствах, неровные контуры костей, наличие шипов (снимок 2).

Хроническое люмбаго (или дископатия) может давать обострения и тогда проявляется драматическая картина "острого люмбаго или дисковой грыжи". Происходит выпадение части пульпозного ядра сквозь фиброзное кольцо и застревание его в кольце. Больного пронзает внезапная сильная боль в пояснице, вынуждая его занять согбенное положение тела, — любая попытка изменить положение лишь усиливает боль, принуждая больного лечь в постель. Поводом для приступа люмбаго может быть поднятие тяжести, простуда, но иногда — даже обычное завязывание шнурков на ботинках.

Острое люмбаго продолжается несколько часов или дней, но может растянуться и на неделю. К тому же приступы его могут повторяться.

Люмбонизалгия наступает, когда часть пульпозного ядра протискивается сквозь разорванное фиброзное кольцо и проникает в позвоночный канал, где зажимает нервные окончания — чаще всего — четвертого или пятого корешка седалищного нерва. Тогда боль ощущается не только в крестце, но и распространяется вниз по ногам вплоть до ступней. Кроме боли появляется онемение, а иногда и парез седалищного нерва. В таких случаях к рентгенологическому исследованию следует добавить компьютерную томографию, предоставляющую более точные данные.

Ишиас (радикулит, неврит) седалищного нерва возникает тогда, когда нерв защемляется дисковой грыжей. Воспалаясь и распухая, он передает боль и онемение от крестца к ногам — до колен и вплоть до ступней. В наше время считается, что в 90% ишиас дискогенен.

Шейный спондилоартроз — также достаточно распространенное заболевание, отмечающееся болями в шее, которые распространяются к плечам и лопаткам. При защемлении нерва может появиться неврологическая боль в плече — цервикобралиальная невралгия. А в связи с защемлением артерии могут возникнуть явления мозговой недостаточности — головокружение, нарушение равновесия, шум в ушах и др.

Лечение. Мнение, что спондилоартроз (как и артроз вообще) неизлечим — неверно. В межпозвонковом диске и в позвонке наряду с процессом дегенерации протекают и процессы репарации, которые могут привести к улучшению на продолжительное время.

Принципы лечения следующие: избегать перегрузок позвоночника; прибегать к гимнастике, укрепляющей мышцы спины, физиотерапии и бальнеологическому лечению. Применяются также противовоспалительные и болеутоляющие лекарства.

Великолепные результаты дает лечение больных спондилоартрозом растительной суспензией "Дикрасин" народного целителя Дмитра Кристова. Более половины больных, лечившихся "Дикрасином" от спондилоартроза в специализированной клинической траволечебнице г.Банкя и в трех университетских клиниках, как и в больнице г.Кишинева (Молдова), выписались с явным улучшением. Наступило улучшение и у многих амбулаторных больных, лечившихся от спондилоартроза растительной суспензией "Дикрасин".

Коксоартроз

Коксоартроз (артроз тазобедренного сустава) весьма распространенное заболевание, которым страдают в основном люди после 45 лет. Но рентгенологические исследования показывают изменения тазобедренного сустава и у значительного числа молодых людей, считающих себя здоровыми. К сожалению, женщины заболевают коксоартрозом значительно чаще, особенно после менопаузы.

Этиология (причины) коксоартроза все еще изучена недостаточно. Определенную роль здесь играют: наследственная предрасположенность суставов, травмы, простуды, чрезмерные физические перегрузки и др.

В анатомическом смысле это касается первичной дегенерации суставного хряща и вторичных изменений костей, образующих суставы – прежде всего бедренной кости, ацетабулума и суставной капсулы.

Суставный хрящ представляет собой эластичную ткань, которая служит амортизатором при движении сустава. Коксоартроз уничтожает эту способность – хрящевидная ткань изнашивается и трескается. Костные края, стираясь, истончаются, по их периферии образуются наросты, т.е. остеофиты или же шипы.

Суставная капсула тоже подвергается фиброзным изменениям и может воспалиться. В таком случае говорят об активном коксоартрозе или же о артроартрите.

Клиническая картина. Главные симптомы болезни: боль и ограниченная подвижность суставов. Боль первоначально имеет механический характер – появляется при движении и перенагрузке сустава (долгое простояние, поднятие тяжестей) и прекращается в покое. С прогрессированием патологического процесса и при активном артрозе боль становится постоянной (днем и ночью), не уменьшаясь в состоянии покоя. Характерной является боль, приходящая во второй половине ночи, – усиливаясь до нестерпимости, она не дает возможности лежать. Локализуясь в тазе, боль распространяется к коленям.

Ограниченная подвижность сустава выражается в затруднении наклоняться, сгибать колени, сидеть на низком стуле. Больной не в состоянии перенести больную ногу на колено (как при обувании).

Он не может покачиваться на раздвинутых ногах (утиная походка). Если заболевание прогрессирует, больной вынужден ходить прихрамывая или передвигаться при помощи костыля, палки (снимок 3).

Рентгеновские исследования показывают сужение межсуставного пространства, неровности поверхности суставов, наличие остеофитов и кист в эпидизите костей.

Картина крови обыкновенно в норме. При активном коксоартрозе реакция оседания эритроцитов ускорена.

Течение заболевания и прогноз. Болезнь протекает различно – с ремиссией и обострением. Вначале артроз обыкновенно односторонен, позднее становится двухсторонним. Долгое время может не иметь развития, в иных случаях быстро наступает инвалидность.

Лечение. Больной сустав необходимо освободить от перегрузок, травм и простуд. Благоприятное воздействие на заболевание оказывает сухой и теплый климат. Рекомендуются лечебная гимнастика, теплые минеральные ванны и так называемые хондропротективные лекарства, которые улучшают трофику хряща – румалон, артепарон и др. При активном коксоартрозе назначается покой и противовоспалительные средства – аспирин, фелоран, индометацин. В поздних формах, когда развивается анкилоза (срастание костной поверхности), прибегают к хирургическому лечению, включая установление искусственного сустава.

Много хороших результатов было получено при лечении больных коксоартрозом в специализированной траволечебнице г.Банкя по методу народного целителя Димитра Кристева с его растительной суспензией "Дикрасин".

В 1988–1989 году этим методом было излечено стационарно более 30 больных коксоартрозом. После 20-дневного лечения едва ли не двадцать пациентов выписались с объективным и субъективным улучшением (табл. 2). Субъективное улучшение выражалось в уменьшении – до исчезновения – боли и большей подвижности тазобедренного сустава. Объективное улучшение состояло в увеличении подвижности суставов, положительных лабораторных показаниях и общего состояния больных – аппетита, сна, настроения.

Ухудшения состояния больных или осложнений при лечении не наблюдалось. Побочных эффектов почти не было.

Отдаленные результаты, полученные путем контрольных осмотров или анкетированием через 1, 3 и 6 месяцев после выписки пациентов из больницы, засвидетельствовали значительное улучшение состояния их здоровья (табл. 3). Очень хорошие результаты получены и при анкетировании, проведенном министерством здравоохранения Болгарии, в котором участвовало 49 участковых врачей по месту жительства выписавшихся больных. Они более, чем отлич-

ны – сверх 80%. Больше половины и амбулаторных больных, страдавших коксартрозом, после лечения "Дикрасином" в г.Банкя, значительно улучшили свое здоровье.

Гоноартроз

Гоноартроз (артроз коленного сустава) очень частое заболевание от которого страдают миллионы людей нашей планеты. Чаще всего женщины, особенно после 45-50 лет (в менопаузу). Коленный сустав анатомично самый сложный сустав человеческого организма, который связывает главную подбедренную кость с коленной чашечкой.

Этиология (причины) и патогенез. Главной причиной гоноартроза является дегенерация суставного хряща, который теряет свою эластичность, истончается и трескается. Костные края начинают стираться и по их периферии образуются наросты – остеофиты (шипы). Суставная капсула также дегенерирует (фиброзируется).

Факторов, благоприятствующих развитию гоноартроза, много и они не до конца изучены. Влияют врожденные аномалии нижних конечностей (ноги буквой О или буквой Х), плоскостопие, травмы (у спортсменов), профессиональные повреждения (горняки, мозаичисты), чрезмерные нагрузки, простуда (частые пребывания на сквозняке, холодном и влажном воздухе). Имеют значение и половые гормоны, так как из-за остановок менструаций учащаются заболевания гоноартрозом.

Клиническая картина. Основными признаками заболевания являются боль и затруднение подвижности сустава, исчезающие в покое. Но если возникает воспаление сустава (активный артроз), эти ощущения становятся постоянными, не утихающими в покое ни днем, ни ночью. Движения сустава – сгибания и разгибания – постепенно ограничиваются и хождение затрудняется. При опоре на больную ногу возможно невольное подгибание колена и падение. Иногда возникает внезапная блокировка разгибания ноги с невозможностью передвижения – вследствие отрыва кусочка хряща и попадания его в суставное пространство.

При осмотре коленного сустава в начальной стадии заболевания колено может быть нормальной формы. Во время сгибания и разгибания возникает слабая болезненность и может слышаться потрескивание (крепитация).

В ходе заболевания возможно ухудшение, которым чаще всего является воспаление сустава, т.е. **развивается активный артроз**. Воспаление охватывает суставную капсулу и околоуставные структуры – лигаменты, апоневрозы и др. В суставной полости собирается жидкость (экссудат). Боль в таком случае усиливается, становится постоянной;

денной и ночной, не уменьшаясь в покое. При осмотре наблюдается вздутие, потепление, движения очень ограничены и болезненны.

Рентгенологическое исследование устанавливает сужение суставной полости, деформацию суставной поверхности, наличие остеофитов и кист. Не всегда наблюдается соответствие между рентгенологическими изменениями и клинической картиной. Например, могут быть выраженные остеофиты при отсутствии боли и удовлетворительном функциональном состоянии суставов. И наоборот.

Картина крови при неосложненном гоноартрозе не показывает существенных изменений. При активном артрозе реакция оседания эритроцитов ускорена.

Течение болезни и прогноз. Болезнь протекает волнообразно – с периодами улучшения и ухудшения. Последние чаще всего провоцируются перегрузкой сустава, простудой, травмами и др. Обычно в начале артроз односторонен, позже становится двухсторонним. В поздних формах появляются вздутия, деформации, существенно ограничивающие движение. Больные вынуждены использовать костыли, палки, становятся инвалидами (снимок 4).

Лечение. При активном гоноартрозе, когда к дегенеративным процессам прибавляется воспаление, назначается постельный режим с выпрямлением подбедренной кости. На сустав можно положить тепло (грелку, согревающий компресс), но большинство больных в этом состоянии не переносят горячего. В завершение рекомендуется обратное – охлаждение (пузырь со льдом). Так же назначаются противовоспалительные препараты: аспирин, волтарен, ибупрофен.

После снятия воспаления приступают к восстановлению подвижности ноги, лечебной гимнастики, физиолечения, бальнеолечения и др. Для укрепления суставного хряща рекомендуются инъекции румалона, артепарона и пр.

Прекрасные результаты были получены во время лечения больных гоноартрозом в специализированной траволечебнице г.Банкя по методу народного целителя Димитра Кристева с помощью лекарства "Дикрасин". Этим методом были пролечены 32 стационарных пациента и несколько сотен амбулаторных больных.

На стационарное лечение больные поступали после исследований в лечебных заведениях, где их многократно, но без особого улучшения, лечили всевозможными медикаментами и физиопроцедурами. После двадцатидневного курса лечения в траволечебнице г.Банкя **67% пациентов были выписаны с явным улучшением.**

Ухудшение состояния больных не отмечалось. Часть пациентов продолжала лечение суспензией "Дикрасин" на дому. Очень хорошие результаты были получены и несколькими сотнями амбулаторных больных, отдавшими предпочтение суспензии Димитра Кристева.

Значительное преимущество растительной суспензии "Дикрасин" в сравнении с медикаментозным лечением, как показано выше, состоит в том, что она щадит пищеварительную систему, достаточно эффективна и совершенно безвредна.

Ревматоидный полиартрит

Ревматоидный полиартрит – это воспалительное заболевание аутоиммунного характера, которым страдает 1-2% населения Европы. Женщины заболевают этой болезнью в 3-4 раза чаще, чем мужчины.

Причины болезни изучены недостаточно. Считают, что известную роль в них играют бактериальные инфекции горла или кишечника, вирусные инфекции, психические травмы, но веских доказательств того, что причины поражения болезнью связаны именно с этими факторами, нет.

Патогенез. В настоящее время принято считать, что некоторые ткани человеческого тела, например, оболочка сустава, могут претерпевать такие изменения, что будут восприниматься В- и Т-лимфоцитами, как чужеродные. Встречаясь, эти аутоантигены образуют аутоантитела. При соединении аутоантител с аутоантигенами образуются комплексы, которые отлагаются на суставах, повреждая их. Эти комплексы, обнаруженные в крови больного ревматоидным артритом, были названы ревматоидными факторами – подобные белкам из разряда глобулинов. Именно они играют важную роль в диагностике заболеваний.

Анатомически воспаление прежде всего поражает суставную капсулу, затем охватывает кость, проникая в содержимое сустава и в межсуставные хрящи. Под воздействием воспалительного процесса хрящи эволюционируют до разрушения костей и сращения их (анкилоз).

Клиническая картина. Первые признаки болезни – недомогание, потеря аппетита, слабость, повышение температуры. Затем она поражает суставы рук – между кистью и пальцами, а также ближайшие к ним суставы, не затрагивая пальцев. Суставы опухают, становятся болезненными. Боль непрерывная, воспалительного характера, усиливается ко второй половине ночи. К утру суставы деревенеют, каждое движение затруднено и сопровождается невыносимой болью.

Объективно суставы, опухая, принимают веретенообразную форму (снимок 5), очень болезненны при нажимании. Кожа на суставах бледнеет, мышцы и кисть атрофируются. В поздней стадии болезни пальцы раздвигаются изнутри, "как раздутые ветром".

Если процесс прогрессирует, наступает их полная неподвижность из-за сращения костей – костный анкилоз. Руки при этом деформируются.

Заболевание нередко поражает нижние конечности – ступни и пальцы. В тяжелых случаях в болезненный процесс вовлекаются суставы побольше – тазобедренные, коленные, плечевые. Поражаться могут и внутренние органы – сердце, легкие, почки.

Поражение почек – так называемый амилоидоз – встречается редко, но почти всегда со смертельным исходом.

Рентгенологическое исследование суставов показывает наличие эрозий и кист на костях, фиброзные и костные анкилозы. В диагностике ревматоидного полиартрита важное значение имеет реакция Валер Розе – для проявления ревматоидных факторов. Положительными считаются данные 1:64 и более.

Течение болезни и прогноз. Течение ревматоидного полиартрита различно. Бывают легкие формы, тянущиеся годами и десятилетиями, протекая с улучшениями, ухудшениями, и, усугубляясь, завершаются анкилозами и инвалидностью. Часто заболевание не распознается, – особенно его начальные формы – и путается с инфекционным артритом, костным туберкулезом и проч. Вовлечение в болезнь внутренних органов, – сердца, почек, печени, – значительно ухудшает диагностику.

Лечение. Если причины заболевания не выяснены, то и лечение не надежно. Во всяком случае воспаленные суставы нуждаются в покое несколько недель. Затем рекомендуется массаж, лечебная гимнастика, назначаются также противовоспалительные препараты – аспирин, волтарен, напроксен. Инъекции с золотом считаются специфическим средством при ревматоидном полиартрите, но оно токсично и может дать осложнение на костный мозг, почки. Это же касается и кортизона, который назначают в исключительно тяжелых случаях.

Очень хорошие результаты получены при лечении больных ревматоидным полиартритом в специализированной больнице природо- и траволечения в г.Банкя, где была использована целебная растительная суспензия "Дикрасин".

Более полусотни больных ревматоидным полиартритом, в основном женщины, были пролечены здесь в известное время. Экспертные заключения лечебных заведений, после которых они поступили в траволечебницу, были уточнены клиническими, рентгенологическими и лабораторными исследованиями.

После 20-дневного лечения более половины из указанных пациентов, а точнее – 56,8%, были выписаны с улучшением состояния здоровья. Ухудшения и осложнения во время лечения не отмечены.

При контрольном осмотре, проведенном через один, три и шесть месяцев после выписки из траволечебницы, результаты оказались еще великолепнее – улучшение состояния здоровья получили **80% больных**. В анкетах же, собранных и направленных в мини-

стерство здравоохранения Болгарии участковыми врачами, отмечено улучшение у 92% больных.

Таким образом растительная суспензия "Дикрасин" народного целителя Димитра Крестева вполне подтверждает свое значение, как эффективное и безвредное средство при лечении ревматоидного полиартрита.

Болезнь Бехтерева

Болезнь Бехтерева (анкилозированный спондилоартрит) – это воспалительное заболевание позвоночного столба, однако часто оно распространяется и на другие суставы – тазобедренный, крестцовый, а также аортный и глазной.

Анкилозированным спондилоартритом болеют 0,5% населения планеты – чаще мужчины, чем женщины. Заболевание начинается в раннем возрасте (чаще в 16-35 лет) и продолжается многие годы.

Причины заболевания невыяснены. Таковыми считаются различные инфекции – туберкулез, гонорея, вирусы, но их патогенная роль недоказана. Сегодня известно, что носителем болезни является так называемый антиген тканевой совместимости HL АВ 27. Носителям этого антигена отводится главная роль в развитии болезни, но внешней причиной заболевания могут быть инфекции, травмы, простуды и др. В настоящее время считается, что болезнь Бехтерева – аутоиммунное заболевание.

Анатомически прежде всего поражается крестцовый сустав (сустав между позвоночным столбом и тазом), воспаление которого приводит к сращиванию костных поверхностей (анкилоз). После этого болезнь охватывает суставы позвоночного столба, которые поочередно претерпевают воспаления, эрозии и, наконец, – анкилоз.

Клиническая картина. В большинстве случаев болезнь начинается плавно и постепенно – с болей и утренней скованности в задней и поясничной области позвоночного столба, длящихся несколько дней или недель. Эти ощущения усиливаются под воздействием физических нагрузок и метеорологических факторов (холод, влага), а исчезают спонтанно, повторяясь через определенное время.

Характерной особенностью болезни является возникновение болей во второй половине ночи и продолжающихся до утра. С разминкой они могут утихать и даже исчезать – до следующей ночи. У 20% больных поражаются челюстные суставы и появляются боли при открывании рта или жевании. В других случаях больные страдают от болей в пятках.

Из внутренних органов чаще всего поражается аорта, которая воспаляется и расширяется. Воспалается и аортный клапан, в результате

чего формируется порок (инсуфициенция). Могут поражаться печень и почки, а также глаза, в которых развивается иридоциклит.

Заболеванию могут предшествовать, – или сопутствовать ему, – такие общие проявления, как физическая утомляемость, потеря веса, слабость нижних конечностей и субфебрильная температура (37-38 градусов). Такие факторы свидетельствуют об общем заболевании всего организма с основной локализацией болезни в позвоночном столбе.

При осмотре больного в начальной стадии болезни выявляется болезненность при нажатии на позвонки и ограничении их подвижности. В таких случаях необходимо сделать рентгено снимок крестцового сустава, чтобы установить изменения – неровности, эрозию или анкилоз.

Рентгенологическое исследование позвоночного столба показывает характерную картину бамбукового прута (снимок 6).

Лабораторные исследования крови обнаруживают анемию, ускоренное оседание эритроцитов. Решающее значение имеет наличие HL AB 27 антигенов, которые положительны в 90% случаев.

Течение болезни и прогноз. Это заболевание длится годы – с улучшением и ухудшением. В поздней стадии его больной приобретает характерный вид – прогнутый в талии позвоночный столб, выдающаяся вперед шейная и грудная часть, раздутый живот, висящие руки, слабые нижние конечности. Такие больные нетрудоспособны, склонны к инфекциям – пневмонии, пиелонефриту и др.

Лечение. Рекомендуются упражнения для сохранения подвижности позвоночного столба и других пораженных суставов, массажи, бальнеолечение, такие препараты как фенилбутазон, индометацин, но результат будет незначительный.

Очень хорошие результаты были получены во время лечения страдающих болезнью Бехтерева в специализированной больнице природо- и траволечения г.Банкя с помощью лекарства "Дикрасин", употребляемого по методу народного целителя Димитра Кристева. В 1988–1989 годах им были пролечены 29 больных мужчин в возрасте от 25 до 50 лет.

Все пациенты при поступлении и выписке из лечебницы подвергались тщательному осмотру, включая анамнез реального состояния, анализ мочи и крови, электрокардиограмму и рентгенологическое исследование костей и суставов, легких и сердца, биохимические и энзимные проверки. После 20-дневного лечения больные выписались с объективным и субъективным улучшением – 65,4% (табл. 2).

Ухудшений и осложнений во время лечения не наблюдалось. Побочных явлений тоже почти не было, за исключением легких кожных повреждений у двух больных, которые быстро прошли.

Дальнейшие результаты, полученные при контрольных обследованиях и анкетировании больных, спустя один, три и шесть месяцев

после выписки из больницы, засвидетельствовали улучшение состояния здоровья в 66,8%. А после проведения министерством здравоохранения Болгарии анкетирования по месту жительства больных через участковых врачей, улучшение засвидетельствовано в 75%.

Периартрит плечевого сустава

Плечевой сустав – это сочленение между плечевой костью и лопаткой, окруженное целым рядом околосуставных структур – мускулы, сухожилия, лигаменты и пр., – которые позволяют плечам выполнять довольно сложные движения. В настоящее время известно, что околосуставные структуры заболевают гораздо чаще, чем сам сустав. Эти заболевания носят общее название – периартрит. В основе их лежат воспалительные и дегенеративные процессы.

Этиология (причины) и патогенез. Причины плечевого периартрита пока точно не установлены, но прежде всего отмечают перегрузки суставного аппарата – например, у скрипачей, официантов, машинисток, спортсменов и др. Также влияют влага, холод, сквозняки. Водители по обыкновению имеют периартрит того плеча, которое находится со стороны опущенного стекла в автомобиле.

Периартритом плечевого сустава чаще болеют женщины, нежели мужчины, что свидетельствует о влиянии половых гормонов на возникновение болезни. Понятно, что значение имеют возрастные изменения в организме.

Анатомически устанавливаются элементы воспаления и отека, лейкоцитные инфильтраты, дегенерация – дистрофия и некроз мышц и сухожильных волокон с последующим отложением солей кальция. В самом плечевом суставе может возникнуть атрофия суставного хряща, образоваться остеофиты и фиброз суставной оболочки.

Клиническая картина. Основные симптомы заболевания – боль и ограниченная подвижность плечей и рук. Чаще всего периартрит односторонний, но может быть и двухсторонним, клиническая картина которого особенно тяжела. В зависимости от проявления болезни различаются следующие состояния (синдромы):

– **обычноболезненное плечо.** Больные ощущают боли в плече при любой попытке движения рукой. Боль усиливается в ночное время при лежании на больном плече. Движения руки болезненны и ограничены – затруднительны причесывание, одевание, умывание... Общее состояние больного по обыкновению существенно не нарушено.

Во время осмотра выявляется боль при нажатии на плечо и при попытке движения рукою.

Рентгенологические исследования в половине случаев выявляют кальцификат, имеющий важное значение в диагностике. При соот-

ветствующем лечении заболевание длится около месяца и проходит, но остается склонность к рецидивам и переходу болезни в хроническую форму;

– **остроболезненное плечо.** Острая и очень сильная (до нестерпимости) боль появляется неожиданно и усиливается ночью. Она распространяется на шею, плечо и вниз по руке – к локтю и пальцам, ограничивая их движения. Больной вынужден придерживать здоровой рукой пораженную, прижимая ее к телу согнутой в локтевом суставе. Общее состояние больного нарушается, может повыситься температура и ускориться реакция оседания эритроцитов.

Исход заболевания различен. При правильном поведении и лечении может наступить оздоровление, но часто (особенно при неправильном лечении) оздоровление будет неполное и может наступить блокирование плеча.

Блокированное (замерзлое) плечо. Оно может стать следствием неполного излечения обычно- или остроболезненного плеча, но может развиваться и постепенно, хронически. Характеризуется болью в плече и ограниченной подвижностью руки, которые делятся месяцами, а часто даже годами.

При "замерзлости" плеча кроме околоуставных структур поражается и капсула плечевого сустава. Из-за ограниченности движения возникает атрофия мышц плеча и руки.

Лечение. В острых стадиях как обычно-, остроболезненного, так и блокированного плеча – плечо и рука требуют покоя. Руку помещают в повязанную косынку, а на плечо кладут горячий компресс или пузырь со льдом. Можно добавить физиолечение, но без движения. Даются болеуспокаивающие и противовоспалительные лекарства – аспирин, анальгин, фелоран и др., опытный врач назначит и местную инъекцию (cortison). Когда боль уменьшится, можно начинать разминку сустава, лечебную гимнастику, ванны и др.

Великолепные результаты были получены при лечении больных периартритом плечевого сустава в специализированной лечебнице в г.Банкя по методу народного целителя Димитра Кристева лечебным средством "Дикрасин". В 1988–1989 годах этот метод был использован в лечении (стационарно и амбулаторно) сотен пациентов. После 20-дневного стационарного лечения почти все больные выписывались с явным улучшением. Этот же показатель относится и к амбулаторным больным. Улучшение выражалось в уменьшении боли и восстановлении подвижности плеча и руки.

Ухудшений и осложнений в процессе лечения отмечено не было. Большое преимущество "Дикрасина" в том, что он применяется наружно, к тому же эффективен и безвреден.

Подагра

Подагра – это заболевание, при котором нарушается обмен мочевой кислоты и образующихся от нее солей – уратов. Болезнь известна с глубокой древности. Много известных деятелей болели подагрой (болезнью богачей). И в наше время это заболевание нередко – в европейских странах и США оно составляет 0,1-0,3% от общей заболеваемости. Болеют чаще мужчины после сорока, но описаны случаи заболевания и молодых людей, и даже детей.

Этиология (причины) и патогенез. В развитии подагры значение имеют переизбыток, сидячий образ жизни, алкогольные напитки и др. Заболевание это нередко встречается как семейственное, сочетающееся с диабетом и ожирением.

Суть заболевания состоит в увеличении содержания мочевой кислоты в крови – гиперурикемия. Когда мочевая кислота превышает 400 ммоль/литр, она кристаллизуется, представляя собой насыщенный раствор. Образующиеся кристаллы натриевых уратов отлагаются в суставах, околоуставных структурах и почках. Белые кровяные тельца захватывают кристаллы как чужеродное тело и, поглощая их, разрушаются. При разрушении лейкоцитов выделяются ферменты (лизоцимы), которые и вызывают воспалительную реакцию. Согласно современной точке зрения подагра – это кристаллическая артропатия.

Увеличение мочевой кислоты в крови принуждает к увеличению приема пищи (богатое на пурины мясо и особенно внутренние органы животных, мясные экстракты, шоколад и проч.). Конечно же, это не может не увеличивать производство мочевой кислоты в организме и... уменьшать выведение ее почками.

Клиническая картина. Подагра протекает в двух формах: острой и хронической. Острый приступ подагры обычно начинается внезапно, чаще всего ночью. Выражается в возникновении очень сильной боли, локализованной в суставе большого пальца ноги. Сустав опухает и краснеет, кожа на нем теплеет, натягивается, лоснится. Наименьшее прикосновение или попытка движения усиливает боль. Температура тела повышается и может достигать 38-39 градусов. Кроме сустава поражаются и околоуставные структуры – сухожилия, сухожильные вместилища, мышцы.

Спровоцировать приступ может обильный ужин с употреблением алкоголя, простуда, продолжительное хождение и проч. Приступ длится от нескольких дней до недели и прекращается, когда функция сустава восстанавливается. Первый приступ может локализоваться (но редко) на суставах стопы, колена и т.д.

Исследования крови во время приступа показывает увеличение содержания мочевой кислоты, лейкоцитоз, высокую скорость оседания эритроцитов.

Острый приступ может повторяться через различные интервалы – месяцы или годы. Вне приступов больные могут чувствовать себя хорошо, но часто развивается грозное явление хронической подагры.

Хроническая подагра характеризуется постоянной гиперурикемией и отложением солей мочевой кислоты в суставах и внутренних органах. Характерным признаком хронической подагры есть т.н. тофы, представляющие собой узелки натриевых солей, которые отлагаются не только на ушных раковинах, под кожей локтевых и других суставов, но также и на стенках внутренних органов, особенно – почек (снимок 7). Отлагаются соли мочевой кислоты и в суставной жидкости, развивая хроническую артропатию, сопровождающуюся постоянной болью, которая затрудняет подвижность суставов и деформирует их. Поражает хроническая подагра и суставы нижних конечностей.

Рентгенологические исследования устанавливают эрозии и кисты по костным краям, проникающие в глубину сустава.

Поражение почек при подагре очень часто выражается в образовании "камней", состоящих из солей мочевой кислоты и процесса переходящего в хронический подагровый нефрит. Последний характерен наличием белка в моче, повышением креатина и мочевины в крови, что **приводит к** гипертонии. В особенно тяжелых случаях может наступать почечная недостаточность (уремия).

Течение болезни и прогноз. Развитие подагры очень различно. В некоторых случаях при правильном лечении первого же приступа улучшение самочувствия больного может граничить с клиническим выздоровлением, в иных – заболевание прогрессирует, приводя к сильной деформации суставов и тяжкому поражению почек.

Лечение. Прежде всего – диета. Необходимо ограничить любую пищу, содержащую мясо – курица, особенно дичь, мясные продукты, внутренности животных, животные жиры, бобы и др. Алкоголь недопустим. Пища должна быть лишь молочно-вегетарианская. Рекомендуются обильное питье – специальное и минеральное – Горна Бана, Хисар (по совету врача). От острого приступа хорошо помогает колхицин. При хронической подагре лучше употреблять милурит, дезурин и др. препараты.

В 1988–1989 годах в специализированной траволечебнице г.Банкя проходили лечение 42 пациента, страдающих подагрой, точнее – подагровым артритом. После 20-дневного стационарного лечения почти все больные почувствовали улучшение. Лечение велось растительной суспензией "Дикрасин" по методу народного целителя Димитра Крестева – со смазыванием всего тела. Ухудшения в состоянии больных или какие-либо осложнения не наблюдались.

Отдаленные результаты засвидетельствовали только существенное улучшение состояния больных.

Болезни сердечно-сосудистой системы

Гипертензия

Артериальная гипертензия (гипертония) широко распространенное заболевание. Как показывает статистика – 8-30% взрослого населения развитых стран страдает от гипертонии. Болеют как мужчины, так и женщины. Не щадит она не только молодых людей, но также и детей!

Когда считается нормальное артериальное (кровенное) давление, а когда – гипертоническое? Нормальным показателем систолического давления для лиц после 18 лет принято считать от 110 до 140 мм Hg для мужчин и от 100 до 140 мм Hg – для женщин, а диастолического давления – до 90 мм Hg для обоих полов. Показатели свыше 140 мм Hg считаются гипертензией. С возрастом артериальное давление постепенно повышается и показатели между 140-160 мм Hg принято считать пограничной гипертензией (некоторые авторы считают эти показатели допустимыми возрастными изменениями).

Этиология (причины) и патогенез. В поддержании нормального артериального давления играют роль три основных фактора: сила сердечных сокращений, количество циркулирующей крови и артериальный тонус (наименьших артерий). В продолжительности гипертензии большее значение имеет третий фактор. При гипертензии возникает прочный спазм артерий, который приводит к увеличению сопротивления периферических сосудов.

Различаются два вида гипертензии: *эссенциальная* гипертензия (гипертоническая болезнь), которая охватывает 90% случаев, и *симптоматическая*, при которой повышение артериального давления является симптомом некоего основного заболевания – почечно-сердечного, эндокринного и др.

Факторы риска. Факторами риска в развитии гипертонии являются: психотравмы, продолжительное нервное напряжение, запоры, перегрузки, курение, прием противозачаточных лекарств. Особое внимание следует уделять увеличению потребления хлорида натрия (*поваренная соль*), которая, задерживая воду, вызывает отек стенок артерий. Вследствие этого артерии сужаются, усиливая сопротивление периферических сосудов. (Вместо необходимых 2-4 г соли в день болгарин употребляет 12-14.)

Клиническая картина. При легкой форме эссенциальной гипертензии может не возникать жалоб и заболевание нередко выявляется совсем случайно – во время врачебного осмотра или по иному поводу. Часто больные жалуются на головную боль, особенно утреннюю, после пробуждения, головокружения, временное нарушение равновесия и зрительные нарушения (летающие мушки), бессонница и др.

Со стороны сердца – учащаются жалобы на сердцебиение, перебои ритма, тяжесть в области сердца.

Во время осмотра больного, кроме повышенного артериального давления, обнаруживается изменение в т.н. прицельных органах – сердце, мозг, глаза, почки.

При тяжелой форме эссенциальной гипертензии жалобы больных учащаются. Могут быть временные нарушения мозгового кровообращения, приступы стенокардии, нарушения ритма и проводимости сердца. Во время исследования больных обнаруживаются гипертрофия левой камеры сердца, изменения глазного дна, белок в моче и др. Показатели кровяного давления: от 105 до 130 мм Hg диастолического и свыше 180 мм Hg систолического.

При критической форме эссенциальной гипертензии, когда диастолическое давление превышает 130 мм Hg, возникает сердечная и почечная недостаточность, возможен тромбоз мозга или геморалгия.

Течение болезни и осложнения. Эссенциальная гипертензия протекает различно. Легкие формы могут тянуться десятилетиями, не приводя к серьезным нарушениям. В других случаях заболевание отягчается осложнениями – расширение левой сердечной камеры с застоем в легких, почечная недостаточность, кровоизлияние в сетчатку глаза, мозговой инсульт. Гипертония является фактором риска в развитии атеросклероза, а гипертензия очень часто ведет к инфаркту миокарда.

Симптоматическая гипертония развивается при почечных заболеваниях – хронический нефрит, стеноз почечных артерий; при болезнях желез внутренней секреции и др. Повышение артериального давления у детей и молодых людей всегда вызывает подозрение в симптоматической гипертонии и вынуждает обратиться к тщательному обследованию их.

Лечение. Рекомендуются диетично-гигиенический режим; устранение факторов риска – всяческих психотравм и нервного перенапряжения, отказа от курения, усиление физической деятельности, занятия спортом и туризмом. Диета состоит в ограничении употребления поваренной соли и уменьшении калорийности пищи (при чрезмерном весе). Врачи предлагают огромное количество медикаментов – бета-блокаторы, антагонисты кальция, хлзафолин.

В 1988–1989 годах в специализированной траволечебнице г.Банкя были пролечены 15 больных гипертонией – 9 женщин и 6 мужчин в среднем возрасте 46 лет. Все говорило об эссенциальной гипертонии. При поступлении и выписки они прошли полное клиническое и лабораторное обследование.

Лечение проводилось растительной суспензией "Дикрасин" по методу народного целителя Димитра Кристева. После 20 дней стационара почти все пациенты были выписаны с явным улучшением –

повышенное артериальное давление понизилось или нормализовалось, ухудшений и осложнений не наблюдалось.

Относительно механизма действия суспензии "Дикрасин" вероятнее всего допустить, что возымело действие сосудорасширяющее свойство лекарства. Поначалу уменьшилась сопротивляемость периферийных сосудов, потом снизилось артериальное давление. Несомненно, надлежащие исследования нужно будет продолжить.

Стенокардия

Состояние острого временного нарушения коронарного кровообращения при котором сердечная мышца испытывает острую недостаточность кислорода, реагируя болью (зов голодающего миокарда), и есть стенокардия.

Этиология (причины) и патогенез. Основная причина стенокардии состоит (на 90-95%) в атеросклерозе одной или больше коронарных артерий, что ведет к сужению их. Когда сужение артерии превысит 50-75% ее диаметра, наступает ишемия. В норме углеводы, белки и жиры, соединяясь с достаточным количеством кислорода, сгорают до абсолютно безвредных двуокиси углерода и воды, которые выводятся через легкие, почки и кожу.

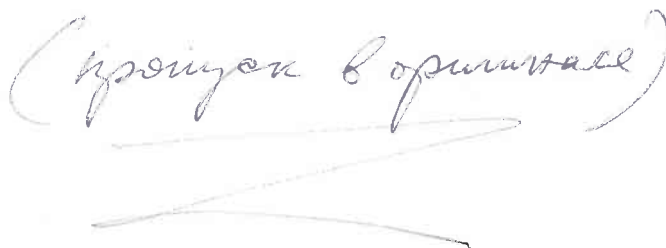
При наступлении ишемии эти вещества сгорают не полностью, получаются промежуточные продукты, как, например, молочная кислота, которые раздражают чувствительные окончания нервов, причиняя боль. Это сигнал того, что работа сердца ухудшается, а поэтому уменьшается потребность в кислороде.

Кроме анатомических изменений в патогенезе стенокардии играют роль и функциональные факторы – спазмы коронарных артерий. Возможны и нервные причины, которые могут поражать как атеросклеротично измененные артерии, так и здоровые.

Описаны случаи, когда продолжительные спазмы неизмененных артерий приводили к инфаркту миокарда.

Факторы риска стенокардии

(изображение в оригинале)



Течение болезни и прогноз. Приступы стенокардии могут быть редки – через месяц или даже год, но бывают и чаще – ежедневно или по несколько раз на день. В последнем случае говорится о нестабильном течении стенокардии, которая увеличивает опасность инфаркта миокарда.

Лечение и профилактика. На первое место необходимо поставить борьбу с факторами риска. Диета должна быть молочно-фруктово-овощной, исключаящей пищу, содержащую холестерин – животные жиры, яйца, жирное мясо. Необходимо ограничить употребление сахара и мучных продуктов, содержащих избыток углево-

дорода, превращающегося в жиры, которые отлагаются на стенках артерий. Также необходимо повысить физическую активность.

Повышенное артериальное давление можно снизить, прекратив курение. Широко рекомендуется употребление аспирина (суточная доза 150-250 мг), который уменьшает свертываемость крови и образование тромбов. Назначаются также нитраты, бета-блокаторы, антагонисты кальция.

В 1988–1989 годах в специализированной траволечебнице г.Банкя прошли лечение 11 больных стенокардией – 8 женщин и 3 мужчин среднего возраста 48 лет, которые страдали на частые и продолжительные приступы стенокардии. Четверо из них перенесли инфаркт миокарда. При поступлении и выписке пациенты прошли тщательное клиническое, рентгенологическое, электрокардиографическое, эхокардиографическое и лабораторное обследование.

Лечение проводилось растительной суспензией "Дикрасин" по методу народного целителя Димитра Кристева. После 20-дневного курса лечения все пациенты были выписаны с видимым улучшением состояния здоровья. Со слов пациентов, приступы стенокардии стали редкими и кратковременными. Электрокардиограф зафиксировал объективное улучшение – исчезновение ишемии.

Ухудшение состояния здоровья больных и осложнений не наблюдалось. Одна пациентка была выписана преждевременно в связи с семейными обстоятельствами.

Что касается механизма действия растительной суспензии "Дикрасин", то, вероятнее всего, он, как и при лечении гипертонии, состоит в особенном воздействии лекарства на коронарные сосуды.

Исследования необходимо продолжить в клинических условиях, охватывая как можно большее число больных.

Мигрень

Это заболевание характеризуется приступообразной головной болью, которая чаще охватывает половину головы и сопровождается тошнотой, рвотой, нарушением зрения и другими нервно-вегетативными явлениями. Мигрень очень распространенное заболевание. Согласно авторитетному мнению, 2% взрослого населения планеты страдает мигренью. Среди детей болезнь эта встречается значительно чаще – от 3% до 8%. Женщины болеют в два раза чаще, чем мужчины.

Этиология (причины) и патогенез. Причины мигрени выяснены недостаточно. Некоторые авторы настаивают на наследственной предрасположенности к заболеванию, приводя в качестве доказательства семейный характер болезни. На фоне наследственной предрасположенности и другие факторы могут провоцировать мигренозные приступы – нервно-психические перенапряжения, простуда, аллергия и др.

Приступообразная головная боль, согласно современной точке зрения, возникает из-за ишемии (недостаток кислорода) в одной какой-то части коры головного мозга. Сама же ишемия является результатом спазма – сужения мозговых артерий.

В результате ишемии образуются промежуточные продукты, такие как серотонин, простагландин и др., которые являются причиной дилатаций (расширения) артерий и мозгового отека, вызывающего головную боль (снимок 9).

Клиническая картина. Приступ мигрени начинается с предварительных признаков. Больные жалуются на тошноту, рвоту, общее беспокойство, нервозность, нарушение зрения, характеризующиеся движением светящихся точек и пятен. Изредка бывают слуховые нарушения (биение колокола), онемение лица и др., а через 20-30 минут начинается головная боль. Обыкновенно она односторонняя, но в 1/3 случаев может быть двухсторонней.

Во время головной боли пациенты лежат с закрытыми глазами, избегая всякого шума и света, с бледными лицами и обильным потоотделением. Приступ мигрени длится от двух-трех часов до двух-трех дней и повторяется с разными интервалами.

Лечение. Больным назначают самые разные медикаменты – кофергамин, ацетизал, церукал, сандомигран, бета-блокаторы, антагонисты кальция и др., конечно же, с ненадежным, незначительным результатом.

В 1988–1989 годах в специализированной траволечебнице г.Банья стационоарно лечились 108 пациентов, страдающих мигренью. Лечение проводилось с помощью растительной суспензии "Дикрасин" по методу

народного целителя Димитра Крестева. Консультантом был профессор-невролог, доктор медицинских наук Мак Вантов.

В своем докладе, предоставленном министерству здравоохранения Болгарии, профессор Вантов, опираясь на известные данные, делает следующий вывод:

Все больные при поступлении и выписке из лечебницы проходили полное клиническое, рентгенологическое, электроэнцефалографическое, лабораторное и др. исследования. Первая группа состояла с 22 больных мигренью. Результаты ее отражены в

Таблице 1

Количество больных	Выписаны			
	с улучшением (прекращение приступов)	без улучшения	с ухудшением	побочные действия
22	19 (86%)	2 (9%)	1 (5%)	нет

Во вторую группу вошли 44 больных. Результаты ее показаны в

Таблице 2

Количество больных	Выписаны			
	с улучшением (прекращение приступов)	без улучшения	с ухудшением	побочные действия
40	35 (87%)	4 (10,5%)	1 (2,5%)	нет

В таблице 3 указаны отдаленные результаты лечения 31 больного мигренью, которые являлись на контрольный осмотр после 4-6 месяцев и 1 год.

Таблица 3

Количество больных	Выписаны			
	с улучшением (прекращение приступов)	без улучшения	с ухудшением	побочные действия
31	26 (81%)	3 (10%)	2 (9%)	нет

В таблице 4 предоставлены отдаленные результаты лечения 11 больных мигренью.

Таблица 4

Количество больных	Выписаны			
	с улучшением (прекращение приступов)	без улучшения	с ухудшением	побочные действия
11	9 (81,8%)	1 (9,1%)	1 (9,1%)	нет

Растительная суспензия "Дикрасин" использовалась и для лечения 22 амбулаторных больных мигренью – с непременно великолепным результатом. Предоставленные таблицы убеждают, что "Дикрасин" дал благоприятные результаты в более чем 80% улучшения состояния здоровья больных мигренью.

В докладе министерству здравоохранения Болгарии проф. Вантов рекомендует использовать для лечения мигрени растительную суспензию "Дикрасин" как эффективное, совершенно безвредное, удобное и доступное средство.

Вероятнее всего, считает проф. Вантов, благоприятный эффект препарата осуществляется "посредством локального воздействия на кровообращение, микроциркуляцию и эластичность сосудов – механизмы, которые играют важную роль в патогенезе мигрени".

В заключение проф. Вантов говорит: "Если иметь ввиду значительный процент больных мигренью, социальную значимость этого заболевания и тот факт, что все еще нет надежного средства его лечения, то появление растительной суспензии "Дикрасин" с ее высокими лечебными показателями – это большой успех болгарской медицины. Его огромное значение состоит и в том, что препарат производится в Болгарии, из местного сырья. Все это, подчеркивает проф. Вантов, серьезное доказательство того, что "Дикрасин" необходимо рекомендовать для обязательного внедрения. С 1989 года и до сего времени народный целитель Димитр Кристов амбулаторно лечит от мигрени сотни и тысячи больных – с неизменно благоприятным результатом.

Резюме

В последнее время народная медицина и траволечение возымели официальное признание и даже поощряются за научные изыскания и практическое их приложение.

Растительная суспензия "Дикрасин" народного целителя Димитра Кристева была обстоятельно, экспериментально испытана в клинических и амбулаторных условиях. В специализированной больнице природо- и траволечения в г.Банкя в 1988–1989 гг. и позже в трех университетских клиниках – Пловдива, Старая Загора, Плевена – были проведены тщательные клинические, инструментальные и лабораторные исследования на значительном числе больных, испытывающие лечебные качества препарата.

Подобные испытания проводились и в клиниках Австралии, Молдовы. Разрешение на использование растительной суспензии было получено в бывшей Югославии. Проводились успешные экспериментальные исследования на животных.

подавляющее большинство стационарных больных, которые использовали "Дикрасин", улучшили свое здоровье, что подтверждено и отдаленными результатами – спустя один, три и шесть месяцев после выписки из больницы, и анкетированием, предпринятом министерством здравоохранения Болгарии по месту жительства больных через участковых врачей.

Если вспомнить, что болезни опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы, мигрень очень распространены в нашем мире, что от них страдают миллионы людей, станет особенно важен и социально значителен любой вклад в лечение пациентов, страдающих этими заболеваниями.

Болгарская медицина стала известна всему миру двумя открытиями, основанными на травах – народного целителя Ивана Раева с его белладонной и проф. Димитра Паскова с нивалином.

Большое преимущество "Дикрасина", щадящего пищеварительную систему, эффективного и совершенно безвредного по сравнению с химическими медикаментами, убедительно показано выше.

Вот уже десятилетие трудится в Банкя народный целитель Димитр Кристев, амбулаторно оздоравливая тысячи больных с неизменно благоприятным результатом. Об этом красноречиво свидетельствуют и бессчетное количество благодарственных писем, ежедневно прибывающих на имя целителя в его аптеку.

Литература

1. Койчев К., проф., д-р. Ревматические болезни. София, 1983.
2. Крушков Иван, Ламбрев Иван – Фармакотерапевтический справочник. София, 1993.
3. Начев Чудомир, проф., д-р. Внутренние болезни. Т. 2, 3. Стара Загора, 1993.
4. Николов Стоян, проф., д-р. Внутренние болезни в стоматологии. София, 1974.
5. Петков Веселин, проф., д-р, чл.-кор. Современная фитотерапия. София, 1982.
6. Харисон. Основы терапевтической медицины; 12 издание; Т. 1. София, 1995.
7. Шейтанов Й., проф., д-р. Остеоартроз. София, 1909.
8. Graham Smith, I. Aronson – Oxford Textbook of Drug Therapie, Oxford 1991.
9. Schumacher Raleph – editor-primer on the Renmatie. Diseases. Atlanta 1993. Tenth Edition.

Рецензионные заметки

о монографии профессора, доктора медицинских наук Стояна Николова "Дикрасин" – целебные свойства растительной суспензии"

*проф. д-ра м.н. Стефана Сярова,
эксперта по линии ВОЗ (1973-76 гг.)*

Фактический материал, собранный и представленный здесь профессором, доктором медицинских наук Стояном Николовым, является многолетним своеобразным трудом, исследующим достижения, отличные от общепринятых в настоящее время современных медикаментозных средств относительно вереницы сложных тяжелых заболеваний, требующих адекватного лечения. В этой работе, целиком посвященной растительной суспензии "Дикрасин", созданной народным целителем, травоведом Димитром Кристевым, ключевым моментом является многообещающая идея, последовательно убеждающая в прекрасных свойствах упомянутого препарата. Научные наблюдения и исследования, в свою очередь, доказывают бесспорность метода, описаного во вступительной части монографии.

Вполне очевидно, что автор, владея материалом, отлично использует современный аспект опыта народной медицины. Показательна высокая результативность "Дикрасина" при лечении больных, страдающих остеоартрозом, ревматоидным артритом, болезнью Бехтерева. У всех больных отмечено улучшение общего состояния: исчезновение болей, повышение настроения, подвижности, улучшения аппетита и сна. Уместно подчеркнуть, что на кафедре ревматологии медицинского факультета в г.Стара Загора для лечения 31 больного активным остеоартрозом использовался гель "Дикрасин-1" и улучшение получили 87% из них. Следовательно, в подобных случаях эта лечебная форма оказывается удобной и обладает высоким целебным эффектом, приближающимся к мировым стандартам. Σ Отличные, неоспоримые результаты получили и большинство больных, стационарно лечившихся в Банкя, Пловдиве, Плевене, Белграде, Кишиневе и Сиднее, - 65-80% их явно улучшили свое здоровье. Это же относится и к случаям мегренозных приступов, при лечении которых получены прекрасные результаты - продолжительное прекращение болей у 87% больных за короткий срок лечения.

Эти результаты достаточно показательны, чтобы отнести создателя "Дикрасина" Димитра Кристева в первую тройку болгарских творцов лекарств - наряду с Иваном Раевым, открывшим белладонну, и профессором Пасковым, открывшим нивелин. "Дикрасин" в этом списке вполне заслужено может занять первое место, благодаря его универсальному лечебному свойству, имеющему гораздо большую эффективность излечения заболеваний по сравнению с другими средствами. К дополнительным достоинствам суспензии следует отнести хорошие результаты лечения заболеваний в поздних стадиях, доказанные лечебной практикой. Σ Логично допустить, что при лечении больных на ранних стадиях заболеваний, процент неизлечимости был бы сведен к минимуму. То есть, число излечившихся могло бы быть на много тысяч больше, что, вполне естественно, имеет не только оздоровительное, но и социально-экономическое значение. А если ко всему этому добавить удобную лечебную форму с ее значительной эффективностью и безвредностью, то станет очевидно: это средство представляет собой уникальную терапевтическую единицу.

Монография профессора Стояна Николова написана ясным, совершенно доступным медицинским языком. Он сумел проникновенно и профессионально показать и раскрыть большие возможности уникального лечебного средства, каким является "Дикрасин".

Желательно, чтобы все терапевты отнеслись с необходимой заинтересованностью, выбирая именно "Дикрасин", как единственное, многообещающее болгарское лекарство.

Содержание

1. Краткая биографическая справка об авторе
2. Вступление
3. Фитотерапия – становление и современное состояние
4. Дикрасин
5. Дикрасин – клинические показания о лечебных свойствах препарата
6. Анализ результатов
7. Отдаленные результаты
8. Дикрасин – известен и за границей
9. Качество Дикрасина подтвердилось и в экспериментах с животными
10. Как действует Дикрасин

Болезни опорно-двигательного аппарата

11. Спондилоартроз
12. Коксоартроз
13. Гоноартроз
14. Ревматоидный полиартрит
15. Болезнь Бехтерева
16. Периартрит плечевого сустава
17. Подагра

Болезни сердечно-сосудистой системы

18. Гипертония
19. Стенокардия
20. Мигрень
- ~~21. Рецензионные заметки~~
21. Резюме
22. Литература
23. Проф., д-р Стефан Сяров – рецензионные заметки
24. Dicrassin
25. Summary

Обложка
Чета

Монография профессора Стояна Николова написана ясным, совершенно доступным медицинским языком. Он сумел проникновенно и профессионально показать и раскрыть большие возможности уникального лечебного средства, каким является "Дикрасин".

Эти результаты достаточно показательны, чтобы отнести создателя "Дикрасина" Димитра Кристева в первую тройку болгарских творцов лекарств - наряду с Иваном Раевым, открывшим белладонну, и профессором Пасковым, открывшим нивелин. "Дикрасин" в этом списке вполне заслужено может занять первое место, благодаря его универсальному лечебному свойству, имеющему гораздо большую эффективность излечения заболеваний по сравнению с другими средствами.

Профессор д-р Стефан Сяров
Эксперт по линии
Международной организации
здравоохранения (МОЗ)

стор.49

Фактори ризику при стенокардії. Головними факторами ризику є:

1. Гіперхолестероломія - холестерол в кровній плазмі понад 5,2 ммол/літр або понад 200 мг %.
2. Гіпертонія - артеріальний тиск постійно перевищує 160/95 мм ртутного стовбчика.
3. Паління.
4. Цукрова хвороба.

Крім того - наднормальна вага, застоялий спосіб життя, прийом протизаплідних медикаментів та інше.

Важливу роль відіграють нервово-психічні напруження та стреси, а також і тип нервової системи. Більшим є ризик для людей типу А - амбітних, агресивних, з швидкими рухами та мовою.

Клінічна картина. Головним симптомом хвороби є біль.

Він з'являється найчастіше після фізичного або психічного навантаження, переїдання, переохолодження, при зустрічному вітрі та інше. Він відчувається за грудиною, хворі звичайно вказують його локалізацію цілою долонею, а не одним пальцем. Він має характер стягування, тиснення, печіння, відчувається глибоко, часом супроводжується відчуттям страху. Біль звичайно скеровано до лівої руки. Може віддавати в ший, плечі, щелепи, живіт. Його тривалість - від кількох секунд до кількох хвилин, але не більш ніж 10-15 хв. Минає досить швидко після таблетки нітрогліцерину, покладеної під язик. Стенокардійний біль, що триває понад 15 хвилин і не минає від нітрогліцерину, треба вважати скоріше інфарктом.

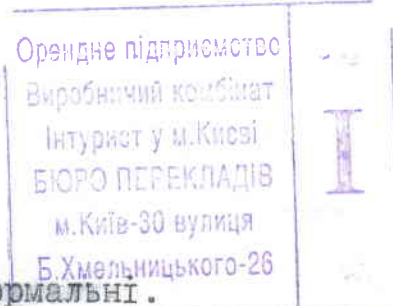
Приступ стенокардії може супроводжуватися, крім болю, ще серцебиттям, потінням, відригуванням.

Під час огляду хворого під час приступу можна встановити досить мало об'єктивних змін. Серцева діяльність може бути прискореною, але тони чисті, шумів немає. Артеріальний тиск нормальний або

-2-

підвищений, температура та картина крові також нормальні.

Електрокардіограма, зроблена під час приступу, показує дані, що свідчать про ішемію. Поза приступом електрокардіограма може бути нормальною або вказувати на ознаки постійної ішемії. Інші методи дослідження: велоергометрія, ехокардіографія, коронарографія.



1. Цілюща лікувальна дія препарату Дикрасин при активізованому остеоартрозі.
2. Лікувальний ефект настає відносно швидко – на протязі перших 2 тижнів після початку процедур.
3. Ускладнення, а також значні супутні ефекти не встановлено.
4. Перевагою ліків є те, що вони застосовуються назовні і таким чином щадять травний тракт.

В 1994 році було досліджено 33 амбулаторних хворих з ревматоїдним поліартритом, що лікувалися Дикрасином в університетській клініці кардіології та ревматології в м.Стара Загора /керівник – кандидат медичних наук доцент Ст.Мантов/. Метою дослідження, за думкою авторів, було встановлення лікувального ефекту і переносимості суспензії.

Поліартроз ревматоїдного поліартриту встановлено згідно критеріїв Американської ревматологічної асоціації. Дослідження проводилося протягом 18 днів. 49 хворих, 16 з яких були контрольною групою, з ревматоїдним поліартритом отримували плацебо. Напередодні та після лікування були проведені ретельні клінічні, рентгеновські та лабораторні дослідження. Останні відсліджували гемоглобін, тромбоцити, лейкоцити, цукор, креатинін, білірубін, сечовинну кислоту, лужну фосфатазу, С-реактивний протеїн, ензими асат та алат, зроблено хімічний аналіз сечі.

Автори встановлюють добрий, дуже добрий ефект від лікування Дикрасином у 63,6 % з хворих, що ним лікувалися. У 36,4 % хворих не досягнуто задовільного результату. Це були пацієнти з більш тяжкими змінами в суглобах і внутрішніх органах, а також з більшою тривалістю захворювання.

На закінчення підкреслюються терапевтичні переваги і можливість Дикрасину успішно лікувати або значно поліпшувати стан при захворюванні ревматоїдним поліартритом. Зважаючи ще на ту перевагу, що цей препарат застосовується зовні, а не орально /через рота/, а також те,

Средне підприємств
Виробничий комбінат
Інтурист у м. Києві
БЮРО ПЕРЕКЛАДІВ
м. Київ - 30 вулиця
Б.Хмельницького-26

II

^{не} що він входить в групу нестероїдних ліків, пишуть спеціалісти, то ми маємо всі підстави рекомендувати препарат Дикрасин як лікувальний засіб для лікування ревматоїдного поліартриту.

