ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЛЕКАРСТВЕННЫМИ РАСТЕНИЯМИ

Хабибулло Нуъманжон угли Кодиров
Андижанский государственный медицинский институт Ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней
https://orcid.org/0000-0001-6574-7576
E-mail: kodirovkhabibullo6@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.55475/jcgtm/vol4.iss1.2025.392

Ключевые слова:
язвенный колит, зверобой, тысячелистник, подорожник, календула, девясил

Аннотация
В данной статье представлена информация о заболевании язвенным колитом и химическом составе лекарственных растений, используемых для его лечения, а также о способах их использования и механизмах действия.

Как цитировать
Кодиров, Х. Н. ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЛЕКАРСТВЕННЫМИ РАСТЕНИЯМИ. Журнал химии товаров и народной медицины, 4(1). https://doi.org/10.55475/jcgtm/vol4.iss1.2025.392

Введение. По данным литературы, многие факторы, приводящие к нарушению функционирования желудочно-кишечного тракта, а именно нарушения режима питания, хеликобактерная инфекция, повышенный уровень потребления алкоголя и табачных изделий, различные стрессы, имеют характерную для развития язвенной болезни.

По данным ВОЗ, "заболеваемость язвеннымколитом в Южной Корее составляет 4,4 случая на 100 000 населения,4, в Японии–4,2 случая, в Норвегии–6,5 случая, в России–7,5–13,0 случая, в США–9,0 случая». Несмотря на успешный эффект консервативного лечения язвенного колита, смертность от перфорации раны составляет от 2,5,5% до 27%. Если пациенты находятся в терминальной фазе перитонита из-за перфорации раны и обращаются с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, уровень смертности увеличивается до 30%"[6].

Заболеваемость язвенным колитом в Узбекистане составляет 50-80 человек на 100 000 населения. Самый высокий уровень заболеваемости наблюдается у пациентов в возрасте от 20 до 40 лет". Увеличение распространенности воспалительных заболеваний толстой кишки в настоящее время предъявляет повышенные требования к улучшению специализированной медицинской помощи при язвенном колите [11].

Язвенный колит может привести к развитию системных токсических реакций организма, опасных для жизни патологий. Поэтому повышение эффективности лечения язвенного колита с применением новых методов терапии в посттравматический период приобретает все большее значение и востребованность.

В мировой практике в настоящее время ванаиболее актуальным остается изучение патофизиологии толстой кишки и патогенетических механизмов возникновения воспалительных заболеваний кишечника. Особое внимание уделяется язвенному колиту, который может привести к развитию системных токсических реакций и развитию кишечных осложнений, таких как кровотечение, псевдополипы, токсическое расширение и перфорация кишечника. Исходя из этого, поиск наиболее эффективных новых методов лечения язвенного

колита в посттрансплантационный период, их применение на практике остается одним из важнейших направлений в этой области [5,8].

Большинство ученых говорят, что " консервативное лечение раневой болезни уменьшает количество случаев ее осложнений. В частности, в группе взрослых пациентов старше 65 лет встречаются значительно более тяжелые виды осложнений язвенной болезни, недостаточный эффект лечения, создание новых биологически активных добавок у пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями требует поиска методов лечения". Применение стандартного диагностического Арсенала, применяемого в настоящее время при диагностике заболевания, не всегда позволяет поставить правильный диагноз, что приводит к потере "драгоценного" времени у пациентов, имеющих возможность использовать радикальный метод хирургического вмешательства. Учитывая вышесказанное, решение этой проблемы является одной из насущных проблем, с которыми сталкиваются работники отрасли [10].

Оценка эффективности традиционных методов лечения колита и уточнение основных путей его улучшения, оценка морфометрических признаков раневого субстрата у пациентов с язвенным колитом и исходя из этого, оценка раневой болезни в послеоперационном периоде [4,7].

Отдельным занятием является разработка комплекса оздоровительных мероприятий, направленных на разработку алгоритма лечения, и создание системы лечения, направленной на профилактику.

Интерес к использованию биологически активных добавок в Узбекистане начал расти в последнее время. В Узбекистане на первом месте по потреблению в основном поливитамины и пробиотики [9] .

Наши народы употребляют их в пищу или заваривают чай, добавляя в пищу в качестве приправы, но не все из нас обладают точными знаниями о целебных свойствах лекарственных трав, поскольку, как сказал знаток медицины Абу Али ибн Сина, мы должны изучать лекарства от природы.

В Узбекистане около 1000 лекарственных растений около 700 лекарственных растений использовал наш дед Абу Али ибн Сина/ в настоящее время в народной медицине используется почти 99% растений, выращенных в дикой природе в окружающей среде, и только 1-2% выращиваются целителями или на фермах.

Эти травы следует использовать в основном в экологически чистом виде. Знания узбекского народа о выращивании лекарственных растений и их применении недостаточны. Необходимо повышать уровень подготовки лекарственных растений ахолига. Необходимо провести разъяснительную работу о том, где собирают лекарственные растения и в каком ландшафте они растут, как высоко они растут над уровнем моря, в каком состоянии и в какой период их нужно собирать[3].

Конечно, у каждого растения есть сезон сбора урожая. В период вегетации лекарственных растений необходимо учитывать [2], в какое время суток их нужно собирать, нельзя собирать в ранний весенний период, на многих растениях есть роса, в результате чего большинство растений темнеют, возможна любая химическая реакция. Период сбора растений начинается с апреля - мая. Например, обыкновенный Зверобой- это растение растет в основном на горных склонах на высоте до 600 метров, существует два вида полевого чая: каменистый и обыкновенный. Цветет это растение с апреля по май наш народ широко использует это растение.

Тысячелистник (Achillea millefolium L.), Относящиеся к семейству Астровые (Сложноцветные Dumort.). Листья тысячелистник в Средние века называли" ресницами Венеры", а все растение называли" солдатской травой", потому что оно использовалось для лечения ран.

В листьях содержится алкалоид ахиллеин, бетоницин. В листьях и соцветиях содержится эфирное масло (0,8%), гликозиды, сложные эфиры, камфора, туйон, цинеол (8-10%), органические кислоты, смолы, горькие вещества, спирты, витамин С и витамин К, каротин; богатый минеральный состав. Надземная часть (листья, стебли, соцветия), собранная в фазе цветения, используется в качестве лекарственного сырья [1].

Подорожник виды многолетнее травянистое растение с коротким и толстым корневищем. Цветочная стрелка одна или несколько, достигает 10 – 70 см в высоту. Лист полосатый, широкояйцевидный, широкоэллиптический (большой зубчик) ланцетный, продолговатый или узколанцетный, остро заостренный (ланцетный зубчик). Цветки мелкие, невзрачные, собраны в простой Колос. Плод-яйцевидная многосемянная коробочка. Цветет в мае-сентябре, созревает плод. когда подорожник зацветет, лист собирают и тонко раскладывают и сушат в прохладном месте. Плоды собирают во время созревания и измельчают, просеивают, очищают и извлекают семена. Виды зубуру содержат гликозид аукубин, горькие, слизистые и дубильные вещества, витамины С и К, каротин, сапонины, органические кислоты, фактор – Т, небольшое количество алкалоидов и других соединений.

Календула -однолетнее травянистое растение, относящееся к семейству пихтовых (сложноцветных). Стебель прямостоячий, разветвленный от основания, многораздельный, достигает в высоту до 75 см. Листья продолговато – обратнояйцевидные, полосатые (выше стебля – непарноперистые и продолговато-ланцетные), с прямыми краями, расположены последовательно на стебле и ветвях. Желтые или оранжевые язычковые и трубчатые цветки собраны в соцветие – большую (до 8 см в диаметре) корзинку на концах стеблей и ветвей. Плод-изогнутая фисташка. Цветет с июня до поздней осени, плоды созревают в конце июля – августе. В пищу цветочные гроздья – корзинки кладут в качестве гарнира к тушеным блюдам, добавляют в супы, салаты, а также в сыр для придания приятного аромата и цвета.

Девясил (Inula) - род многолетних травянистых растений семейства сложноцветные (Сложноцветные) . Существует около 100 видов этого рода. В Узбекистане насчитывается 9 видов рода Девясил. В то время как те, которые растут высокими, - это черный девясил (Inula helenium) и желтый девясил (Inula grandis) виды более распространены. Стебли у этих видов высокие (1-2, 5 м), слегка ребристые, опушенные; корневище (ствол) толстое, листья цельные, края неровные, в нижней части стебля крупные (длина 40-50 см в длину и 20-25 см в ширину), а вверху более мелкие (3-12 см в длину и 10-30 см в ширину); цветок - корзинка, соцветие-метелка, краевые цветки-семянчатые, средние-обоеполые, желтые. Цветет с конца июня по сентябрь.

Растет в горах и горах на от 500 до 2000 м над уровнем моря. Корневище черного девясил (Inula Helenium) содержит до 3% эфирного масла, до 44% инулина, сапонина и других веществ. Отвар из корневища применяют как отхаркивающее средство. Желтый девясил (Inula Grandis) также используется в медицине как мочегонное средство. С другой стороны, из корневища желтого корневища получают левулозу (фруктозу).

Зверобой, тысячелистник, подорожник, календула, девясил. настаивают на 1.5 литрах кипяченой воды, принимая по 2 столовые ложки. После двух часов настаивания процедить и пить по 0.5 л в сутки. После 1,0 литра очищающей клизмы делают клизму. Эти лекарственные растения доказали свою эффективность у пациентов, проходящих терапию язвенного колитava, и включены в рекомендации по лечению колита легкой и средней степени тяжести.

Настойку лекарственных растений можно пить и применять в клизма. При достижении ремиссии язвенного колита легкой и средней степени тяжести пациенту должна быть назначена поддерживающая терапия не менее 2 лет, в течение которых лекарственные растения назначаются пациентам с язвенным колитом. Так для достижения ремиссии при

язвенном колите легкой и средней степени тяжести рекомендуется применять ректальные формы терапии лекарственными растениями первой линии.

Вывод.

1.Хронический язвенный колит - это хроническое заболевание толстой кишки, характеризующееся иммунным воспалением ее слизистой оболочки, сегодня хронический язвенный колит является одним из наиболее распространенных заболеваний, которым страдают миллионы людей во всем мире, независимо от возраста.

2. Лечение колита основан на улучшении качества жизни пациенты , достижении ремиссии без стероидов и снижении риска колоректального рака.

3. При лечении хронического колита эффективность лечения дополнительно повышается при применении биологически активированных добавок в сочетании с основными синтетическими препаратами.

Литературы

1. Jo'rayeva M.A. "Dorivor o'simliklar atlasi" O'quv qo'llanma., Toshkent noshir 2019 y., 52-53b.
2. Asqarov. I.R. "Tabobat qomusi". "Mumtoz so'z" nashriyoti Toshkent-2019 y. 1016-1017 b.
3. Asqarov. I.R. "Dalillarga asoslangan xalq tabobati usullari". Toshkent-2023 y. 440-445 b.
4. Бондарчук Р.А. "Фармакогностическое исследование хвоща лесного как перспективного источника биологически активных соединений". Avtoreferat. Samara- 2013
5. Asqarov. I.R., Ubaydullayev K. T. "Za'faron gultumshuqchalarining makro va mikroelementlar tahlili". Journal of Cemistry of Goods and Traditional Medicine. Vol.2, 2023.
6. Imomova M., Karimova S. "TIF TN talablari asosida asalning kimyoviy tarkibini o'rganishning ekspress usullarini ishlab chiqish." Журнал химии товаров и народной медицины. 2022 1. 70-81.
7. Аржанов Ю.В. Трансформация дистальных форм неспецифического язвенного колита в распространенные / Ю.В. Аржанов, О.Ю. Карпухин // Казанский медицинский журнал. - 2004. -№5. - С.350-352.
8. Белоусова Е.А., Абдулганиева Д.И., Алексеева О.П. и др. Социально-демографическая харак- теристика, особенности течения и варианты лечения воспалительных заболеваний кишечника в России. Результаты двух многоцентровых исследований. Альманах клинической медицины. 2018;46(5):445–463. doi: 10.18786/2072-0505-2018-46-5-445-463.
9. Белоусова Е.А., Никитина Н.В., Цодикова О.М. Лечение язвенного колита легкого и среднетя- желого течения. Фарматека. 2013;(2):42–46.
10. Белоус С.С. Оценка качества жизни и психического статуса больных язвенным колитом в фазе ремиссии / С.С. Белоус, О.В. Головенко, И.Л. Халиф // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатолоши. - 2013. - №3. - С.25-32.
11. Бакулин И.Г., Скалинская М.И., Сказываева Е.В. Место месалазина в терапии язвенного колита. Медицинский совет. 2017;(15):76–80. doi: 10.21518/2079-701X-2017-15-76-80.