

# ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.211-002-056.3

R.B. АКПЕЙСОВА

## СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНите

(Республиканский научно-практический аллергологический центр НИИ КиВБ,  
г. Алматы, Казахстан)

Аллергический ринит является одним из самых широко распространенных заболеваний во всем мире. Болезненность, по данным различных авторов, составляет до 30% населения, наибольшие показатели характерны для крупных городов и высокоразвитых стран. К сожалению, в Республике Казахстан выявляемость аллергического ринита находится на низком уровне, что обуславливает низкие официальные статистические данные. Зачастую аллергический ринит лечится не у аллерголога, а у ЛОР-врача или терапевта, что приводит к выставлению неуточненного или в принципе неправильного диагноза и, как следствие, неадекватного лечения. В данной статье приводятся современные сведения об эпидемиологии аллергического ринита в Казахстане и в мире, об актуальных на данный момент методах его диагностики и лечения, а также классификация в соответствии с последними международными консенсусами. Отдельно освещены проблемы отсутствия в Казахстане экстрактов аллергенов и невозможность специфической аллергодиагностики и иммунотерапии.

Широкая распространенность аллергических заболеваний (более 20% населения планеты) превратили проблему аллергии в глобальную медико-социальную проблему. Учитывая ежегодный рост аллергопатологии, регистрируемый повсеместно (до 40% больных аллергией в популяции, каждый третий житель планеты страдает аллергическим ринитом (АР) и каждый десятый – бронхиальной астмой), можно говорить об эпидемии аллергии, которая охватила большинство стран мира в конце прошлого века и имеет тенденцию к росту в XXI веке. Как показали исследования за последние 30 лет, распространенность аллергических заболеваний повсеместно каждые 10 лет удваивается [1, 2].

Оправданным становится мнение многих исследователей, что аллергические заболевания приобретают эпидемический характер и на основании эпидемиологических данных можно прогнозировать дальнейший рост заболеваемости АР [3].

В прошлом АР не рассматривался как серьезное заболевание, однако сегодня известно, что симптомы его могут значительно ухудшать качество жизни пациентов психомоторную и когнитивную функции, изменят социальную жизнь [4, 5], влияют на способность детей к обучению, качество работы [6, 7], производительность труда [8].

Изменилось и само представление об АР. В рекомендациях ВОЗ ARIA (allergic rhinitis and it's impact on asthma, АР и его влияние на астму) указано, что АР – это серьезное хроническое заболевание дыхательных путей, важность которого определяется высокой распространенностью, неблагоприятным влиянием на качество жизни, работоспособность и учебу в школе, экономическими затратами [9, 10].

По результатам эпидемиологических исследований конца прошлого века, АР страдало от 10 до 20% населения земли [11, 12]. В настоящее время ученые склонны допускать, что этот показатель достиг 40 %, причем сезонный АР встречается чаще круглогодичного не более, чем в 2 раза [13]. Распространенность АР в большинстве стран Европы колеблется от 10 до 32%, в Великобритании - 30% в Швеции - 28%, в Новой Зеландии и Австралии - 40%, в Южной Африке - 17%. В США с симптомами АР ежегодно обращается более 35 миллионов жителей. Прямые затраты на лечение АР там составляют около 3,5 млрд. долларов в год [14].

В странах постсоветского пространства статистические данные о распространенности АР, основанные на обращаемости, занижены в 2-10 раз по сравнению с результатами эпидемиологических исследований, что свидетельству-

ет о несовершенстве системы здравоохранения [15, 16].

Эпидемиологические исследования показывают, что заболеваемость ринитом не только велика, но и растет в геометрической прогрессии. Так, по серии исследований, проведенных в Швейцарии, выявлено, что в 20-х годах 20-го века распространенность АР была менее 1%. Этот показатель увеличился до 4,4% в 1958 году, 9,6% в 1985 и достиг 13,5% в 1993 году.

Ряд исследований в Северной Америке [17], Европе [18] и Южной Африке [19] показали, что распространенность атопии и АР выше в городах, чем в сельской местности. Рост распространенности аллергии в развивающихся странах может быть связан с принятием урбанизированного «западного» образа жизни [20, 21], а также со многими другими факторами, в том числе экологическими, наличием домашних животных, курением в спальных помещениях, уровнем образования родителей, вентиляцией дома и воздействием автомашин.

Распространенность сезонного АР больше у детей и подростков, круглогодичный же ринит более характерен для взрослых [22]. По некоторым данным, АР менее распространен в больших семьях [23]. Однако, механизм обратной связи между большим количеством детей и атопией еще до конца не установлен. До пубертатного периода бронхиальной астмой болеют преимущественно мальчики, среди взрослых больных доминируют лица женского пола [24].

Причиной развития АР является воздействие на организм аллергенов различного происхождения. Аллергены могут попадать в организм разными путями:

- через дыхательные пути, в частности, аэроаллергены (к ним относятся пыльцевые, бытовые, эпидермальные аллергены и др.);
- через желудочно-кишечный тракт (например, пищевые аллергены, лекарственные и др.);
- через кожу и слизистые оболочки (например, лекарственные аллергены, находящиеся в составе мазей, кремов и т.п.);
- лекарственные аллергены могут поступать в организм и при парентеральном введении [25].

Этиологическая значимость аллергенов в развитии АР определяется характером иммунного ответа организма на воздействие аллергена.

**Факторы риска аллергического ринита.** ВОЗ оценивает влияние различных факторов на

состояние здоровья человека в следующем соотношении: окружающей среды – 20%, наследственности – 20%, образа жизни – 50%, качества медицинской помощи – 10% [26].

Неблагоприятные факторы окружающей среды, генетическая предрасположенность, воздействие в раннем возрасте бытовых аллергенов, отсутствие грудного вскармливания, материнское курение, профессиональные сенсибилизаторы и т.п. также достоверно влияют на развитие у ребенка АР и бронхиальной астмы [27, 28].

Среди провоцирующих факторов и факторов риска развития аллергии особое значение имеют:

- Резкое ухудшение экологии, в том числе за счет экологических катастроф планетарного масштаба.
- Острый и хронический стресс.
- Интенсивное развитие всех видов промышленности без достаточного соблюдения природоохранных мер.
- Бесконтрольное широкое применение медикаментов, особенно обладающих дюрантными свойствами, то есть способных депонироваться в организме.
- Широкое использование косметики и синтетических изделий.
- Прочное внедрение в быт средств для дезинфекции и дезинсекции и прочие.
- Изменение характера питания (оксидантный стресс).
- Уменьшение инфекционного бремени.
- Появление новых аллергенов [29, 30].

**Классификация.** Из-за отсутствия общепринятой классификации пациенты зачастую направляются для хирургического лечения с диагнозом «вазомоторный ринит» без предварительного аллергологического обследования и без учета возможного аллергического генеза заболевания. При наличии недиагностированной аллергии такая лечебная тактика нередко наносит серьезный вред здоровью пациента, способствует прогрессированию заболевания и развитию бронхиальной астмы. Важно использовать международную классификацию и четко разделять аллергическую и неаллергическую формы ринита при планировании лечебных мероприятий [31]. Ранее общепринятым было деление АР на сезонный и круглогодичный, в настоящее время международные рекомендации используют термины «интерmittирующий» и «персистирующий». Необходимость изменения классификации АР об-

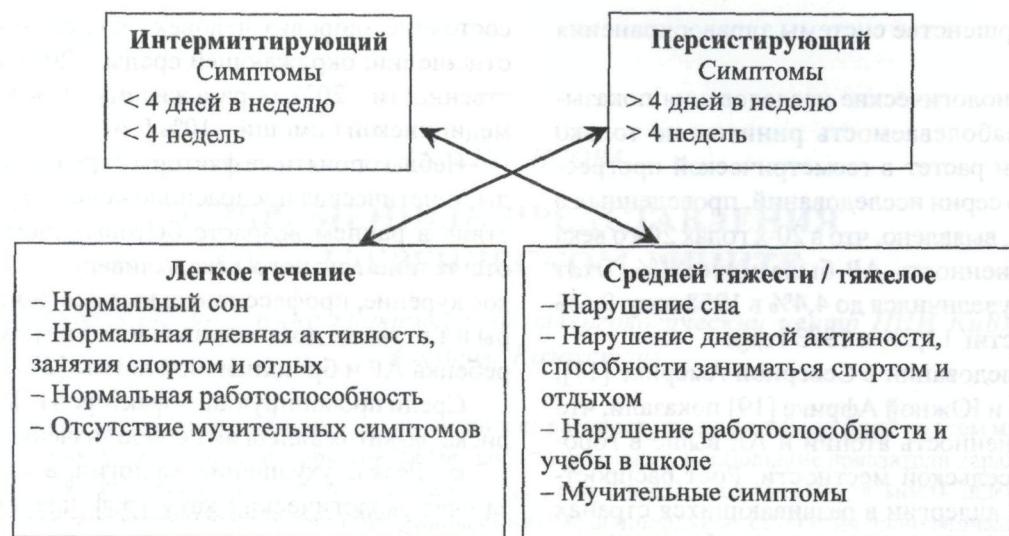


Рис. 1. Современная классификация аллергического ринита [33].

снована, в частности, следующими обстоятельствами:

- у большинства больных АР (до 45%) имеется сенсибилизация и к сезонным, и к круглогодичным аллергенам;
- выраженность проявлений круглогодичного (особенно вызванного плесневыми грибками) АР может сильно варьировать в течение года;
- симптомы круглогодичного ринита не всегда присутствуют в течение всего года (в зависимости от сезона и погодных условий) и т.д.

Таким образом, в связи с изменением спектра сенсибилизации у больных АР оказалось, что лишь 15-20% из них имеют классическую картину сезонного АР. Эти причины подтолкнули группу экспертов ВОЗ к созданию новой классификации АР, предлагающей выделять интермиттирующую и персистирующую формы [32]. Классификация учитывает интенсивность и продолжительность симптомов заболевания.

**Клинические проявления** АР характеризуется четырьмя классическими симптомами: заложенностью носа, приступообразным чиханьем, водянистыми выделениями из носа (ринореей), хроническим кашлем. Нередко к основным симптомам присоединяются заторможенность [34], головная боль, снижение обоняния, храп, проблемы сна, проявления конъюнктивита [35].

Классическое описание симптомов АР, которые могут быть выявлены при осмотре, включает приоткрытый рот, синие круги под глазами (возникающие из-за стаза в периорбитальных

венах в результате постоянно нарушенного носового дыхания), а также поперечной складки на спинке носа, развивающейся из-за того, что пациентам часто приходится потирать кончик носа ("аллергический салют"). Однако полный комплекс клинических проявлений присутствует не у всех больных и только в период явного обострения. Чаще же больные обращают внимание врача либо на заложенность носа, либо на ринорею. Поэтому сами по себе клинические симптомы не всегда дают возможность дифференцировать АР от вазомоторного и не являются надежным критерием эффективности лекарственных препаратов.

АР может провоцировать развитие других заболеваний дыхательных путей и уха. Установлено, что у 24% детей АР явился предрасполагающим фактором для развития острого и хронического среднего отита, а в 28% случаев - хронического риносинусита [36]. Целый ряд исследований посвящен риску развития бронхиальной астмы при АР. Данный раздел был освещен нами в предыдущих публикациях [37].

**Диагностика.** Кроме традиционных аллергологических и оториноларингологических диагностических мероприятий (сбор аллергологического анамнеза, определение эозинофилии мазка из носа, эозинофилии периферической крови, сывороточного IgE, передняя риноскопия), хотелось бы обратить внимание на современные методы диагностики и дифференциальной диагностики АР. В частности это касается определения на-

личия сенсибилизации к определенным аллергенам – специфической аллергodiагностике. Учитывая отсутствие в настоящий момент отечественных аллергенов и зарегистрированных импортных аналогов, единственным методом остается определение специфических IgE и IgG4 в сыворотке крови больных. Определение аллергеноспецифичных антител в сыворотке может быть проведено радиоаллергосорбентным (РАСТ), радиоиммунным, иммуноферментным или хемолюминесцентным (МАСТ) методами при помощи стандартных наборов (панелей) диагностикумов. Одним из наиболее достоверных и, что не менее важно, имеющим широкий спектр зарегистрированных в Казахстане реактивов, является иммунофлуоресцентный анализатор закрытого типа UniCap (Швеция), позволяющий кроме этого определять содержание эозинофильно-кационного белка, триптазы и других маркеров аллергического воспаления. Главным недостатком данного метода является высокая стоимость.

Другим «пробелом» в диагностике ринитов является отсутствие методов объективной регистрации снижения назальной проводимости, в то время как спирометрические исследования для нижних дыхательных путей являются обязательными и стандартными. В этой связи одной из методик, которые могут использоваться для контроля назального сопротивления и проходимости, является передняя активная риноманометрия. Преимуществами данного методами является низкая стоимость, отсутствие необходимости в высококвалифицированных специалистах, слабо выраженная (по сравнению со спирографией и даже пикфлюметрией) субъективная зависимость от тренированности пациента, полная безопасность (отсутствие провоцирования ирритативного кашля и т.п.). Кроме этого, необходимо отметить активное внедрение на Казахстанский рынок различных моделей риноманометров – от стационарных вариантов до миниатюрных аппаратов индивидуального пользования, в том числе с возможностью подключения к компьютеру. Осложняет их широкое использование отсутствие отработанных схем мониторинга сопротивления носовых ходов, четких нормативов, стандартизации правил применения, что снижает сравнимость получаемых данных и в конечном итоге может дискредитировать потен-

циально полезный метод.

На назальное сопротивление могут влиять различные факторы – врожденные или приобретенные изменения анатомического строения носа (искривление перегородки, гипертрофия раковин), неаллергические воспалительные и вазомоторные реакции на различные раздражители (температура и влажность окружающей среды, контакт с инфекционными и неинфекционными агентами), и даже психико-эмоциональное состояние человека. Существует понятие «носового цикла», под которым понимают циклические изменения степени набухания слизистой оболочки полости носа. Носовой цикл обеспечивается исключительно морфологической особенностью строения сосудистой сети полости носа, не встречающейся более ни в каких других участках дыхательных путей – системой пещеристых венозных сплетений, располагающихся в собственном слое слизистой оболочки [38]. Увеличение размеров кавернозной ткани не только вызывает сужение просвета носовых ходов, но и повышает сопротивление потоку воздуха. Слизистая оболочка полости носа человека испытывает циклические, регулярные изменения сопротивления воздушному потоку, проходящему через правую и левую половины носа. Однако суммарное сопротивление остается относительно постоянным.

**Лечение.** Основными принципами терапии являются:

- устранение (элиминация) причинных и провоцирующих факторов;
- уменьшение контакта с причинным и провоцирующими факторами, в случае невозможности полной элиминации аллергена;
- обучение пациентов в аллергошколе;
- рациональная фармакотерапия;
- аллерген-специфическая иммунотерапия.

Полная элиминация (устранение) аллергена при АР, как правило, невозможна, за исключением аллергии к некоторым пищевым, бытовым и лекарственным аллергенам [39]. Тем не менее, даже частичное исключение контакта с причинным аллергеном может контролировать симптомы ринита, значительно снижая потребность в фармакотерапии.

Рациональная фармакотерапия включает использование следующих основных групп лекарственных средств: антимедиаторные препараты, сосудосуживающие (деконгестанты), антихоли-

нэргические средства и кортикоиды [40]. Надо отметить, что некоторые группы лекарственных средств, эффективность которых доказана рядом зарубежных авторов отсутствуют на нашем рынке. Это относится к антилейкотриеновым препаратам, некоторым представителям антигистаминных средств, анти-IgE-вакцинам (Omalizumab) [41].

При невозможности проведения специфической иммунотерапии, при АР проводится неспецифическая гипосенсибилизирующая терапия с назначением препаратов, связывающих гистамин в сыворотке крови: гистаглобулин, гистаглобин и другие.

При всей эффективности и изученности лекарственные препараты являются только симптоматическим средством. Аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ) или специфическая гипосенсибилизация (специфическая иммунотерапия) является основным патогенетическим и высокоэффективным методом терапии АР, отвечающим требованиям доказательной медицины, которая успешно используется в клинической аллергологии с 1911 года [42]. В отличие от фармакотерапии АСИТ - единственный метод лечения, воздействующий на все звенья патогенеза аллергического процесса. Механизмы АСИТ сложны и отличаются в зависимости от аллергена и способа иммунизации [43]. Иммунотерапия может значительно уменьшить выраженность симптомов, потребность в антиаллергических препаратах и, следовательно, улучшить качество жизни пациентов. Своевременно проведенная АСИТ не только приводит к исчезновению симптомов ринита в период естественной палинации пыльцевых аллергенов и снижению потребности в медикаментах, но и предупреждает переход АР в более тяжелые формы и в бронхиальную астму. Клиническая эффективность при проведении АСИТ, достигается у 80-90% пациентов с АР [44].

Однако основной проблемой, стоящей перед аллергологами в Казахстан, является уже упоминавшееся нами отсутствие отечественных и зарегистрированных импортных экстрактов аллергенов, что делает невозможным проведение как специфической аллергодиагностики *in vivo*, так и АСИТ [45].

Таким образом, несмотря на внедрение в практику современных методов диагностики и дифференциальной диагностики АР, существуют

проблемы, препятствующие улучшению эпидемиологической ситуации.

Во-первых, это отсутствие реальной информации об истинной распространенности АР среди населения Республики Казахстан.

Во-вторых, налицо частое неадекватное лечение АР, напрямую связанное с нехваткой врачей-аллергологов и низкой подготовкой терапевтов в этой области.

В-третьих, отсутствие экстрактов аллергенов, делающее невозможным этиотропное лечение.

И, наконец, низкое воздействие методов объективной оценки проходимости и сопротивления носовых ходов (риноманометрия) с целью оптимизации терапии.

Все это приводит к существующему положению дел в казахстанской аллергологии в целом и в отношении эпидемического распространения АР и его прямого осложнения – бронхиальной астмы, в частности.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Euler AR. Upper respiratory tract complications of gastroesophageal reflux in adult and pediatric-age patients. *Dig Dis* 1998;16:111-7.;
2. Halstead LA. Role of gastroesophageal reflux in pediatric upper airway disorders. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;120:208-14
3. Ильина Н.И., Польдер С.А. Круглогодичный аллергический ринит. *consilium medicum*. - 2001. - Том 3. - N 8
4. Bousquet J, Bullinger M, Fayol C, Marquis P, Valentini B, Burtin B. Assessment of quality of life in patients with perennial allergic rhinitis with the French version of the SF-36 Health Status Questionnaire. *J Allergy Clin Immunol* 1994;94:182-8.;
5. Spaeth J, Klimek L, Mosges R. Sedation in allergic rhinitis is caused by the condition and not by antihistamine treatment. *Allergy* 1996;51:893-906. )
6. Vuurman EF, van-Veggel LM, Uiterwijk MM, Leutner D, O'Hanlon JF. Seasonal allergic rhinitis and antihistamine effects on children's learning. *Ann Allergy* 1993;71:121-6.;
7. Simons FE. Learning impairment and allergic rhinitis. *Allergy Asthma Proc* 1996;17:185-9. ),
8. Cockburn IM, Bailit HL, Berndt ER, Finkelstein SN. Loss of work productivity due to illness and medical treatment. *J Occup Environ Med* 1999;41:948-53.
9. Ласица О.И. Аллергический ринит (*Rhinitis allergica*). – Астма та алергія. – 2002. – № 3-4. – С.58-70.
10. Пухлик С.М. Аллергический ринит: вопросы и ответы. – Киев, 2001. – 31c.
11. International Consensus Report on Diagnosis and Management of Rhinitis. International Rhinitis Management Working Group. *Allergy* 1994; 49(19 Suppl):1-34.
12. Wuthrich B, Schindler C, Leuenberger P, Ackermann-Liebrich U. Prevalence of atopy and pollinosis in the adult population of Switzerland (SAPALDIA study). Swiss Study on Air Pollution and Lung Diseases in Adults. *Int Arch Allergy Immunol* 1995; 106: 149-56.;

13. Лопатин А.С., Гущин И.С., Емельянов А.В. и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению аллергического ринита // Consilium medicum, 2001; Прил.: 3344
14. РМЖ, Том 11 12, 2003 Профессор Л.В. Лусс.
15. Антонов Н.С. // Пульмонология. 2006. №4. С. 83.
16. Головцова З.Ш. и др. // Пульмонология. 2005. №1. С.48.
17. Gergen PJ, Turkeltaub PC. The association of individual allergen reactivity with respiratory disease in a national sample: data from the second National Health and Nutrition Examination Survey, 1976-80 (NHANES II). *J Allergy Clin Immunol* 1992;90:579-88.
18. Von-Mutius E, Martinez FD, Fritzsch C, Nicolai T, Roell G, Thiemann HH. Prevalence of asthma and atopy in two areas of West and East Germany. *Am J Respir Crit Care Med* 1994;149:358-64.
19. Crockett AJ, Cranston JM, Alpers JH. The changing prevalence of asthma-like respiratory symptoms in South Australian rural schoolchildren. *J Paediatr Child Health* 1995;31:213-7.
20. Yemaneberhan H, Bekele Z, Venn A, Lewis S, Parry E, Britton J. Prevalence of wheeze and asthma and relation to atopy in urban and rural Ethiopia. *Lancet* 1997;350:85-90.;
21. Odhiambo JA, Ng'ang'a LW, Mungai MW, Gicheha CM, Nyamwaya JK, Karimi F, et al. Urban-rural differences in questionnaire-derived markers of asthma in Kenyan school children. *Eur Respir J* 1998;12:1105-12.
22. Jessen M, Malm L. Definition, prevalence and development of nasal obstruction. *Allergy* 1997;52(40 Suppl):3-6.
23. Sibbald B, Strachan D. Epidemiology of rhinitis. In: Busse W, Holgate S, editors. *Asthma and rhinitis*. London UK: Blackwell Scientific; 1995. p. 32-43.)
24. Ponsonby AL, Couper D, Dwyer T, Carmichael A, Kemp A. Relationship between early life respiratory illness, family size over time, and the development of asthma and hay fever: a seven year follow up study. *Thorax* 1999;54:664-9.
25. Паттерсон Рой и др. Аллергические болезни. М., Гоэтар, 2000, 733 с. ;
26. Антонов Н.С. // Пульмонология. 2006. №4. С. 83.
27. Burr ML, Anderson HR, Austin JB et al. Respiratory symptoms and home environment in children: a national survey. // *Thorax* 1999;54(1):27-32.
28. Sears MR, Herbison GP, Holdaway MD et al. The relative risks of sensitivity to grass pollen, house dust mite and cat dander in the development of childhood asthma. // *Clin. Exp. Allergy* 1999;19(4):419-424.
29. Клиническая аллергология. Руководство для практических врачей, Под редакцией акад. РАМН, проф., Хайтова Р.М. // М., «Медпресс-информ», 2002, 623 с.
30. Лусс Л.В. Аллергический ринит, проблемы, диагностика, терапия // Лечящий врач, 2002, №4, с. 24-28
31. Лопатин А.С. Аллергический ринит: определение, классификация, дифференциальная диагностика // Русский медицинский журнал, 2002, т. 10, №3.
32. Лопатин А.С. Персистирующий аллергический ринит. Consilium medicum. - 2002. - Том 04. N 9
33. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma Initiative (ARIA). – WHO. 2001
34. Spaeth J, Schultze V, Klimek L, Lengersdorf A, Mosges R. Azelastine reduces histamine-induced swelling of nasal mucosa. *Orl J Otorhinolaryngol Relat Spec* 1996;58:157-63.
35. Craig TJ, Teets S, Lehman EB, Chinchilli VM, Zwillich C. Nasal congestion secondary to allergic rhinitis as a cause of sleep disturbance and daytime fatigue and the response to topical nasal corticosteroids. *J Allergy Clin Immunol* 1998;101:633-7.
36. Bluestone C, Klein J. Otitis media, atelectasis and eustachian tube dysfunction. In: Bluestone C, Stool S, Kenna M, editors. *Pediatric Otolaryngology*, Third Edition. Philadelphia: WB Saunders Co; 1996. p. 533-82.
37. Нурпесиков Т.Т., Акпеисова Р.Б. Функциональное исследование проходимости носовых ходов как вторичная профилактика бронхиальной астмы. // Здоровье и болезнь, 2007, № 7 (63), с. 80-85.
38. Пискунов В.С. Исследование аэродинамики воздушного потока полости носа // Научн.-практ. ж. «Российская ринология», 2000– №1
39. Bousquet J, Chanez P, Michel F. The respiratory tract and food hypersensitivity. In: Metcalfe D, Sampson H, Simon R, editors. *Food allergy. Adverse reactions to foods and food additives*. Second Edition. Cambridge (MA): Blackwell Science; 1996. p. 235-44.
40. Клиническая аллергология. Руководство для практических врачей, Под редакцией акад. РАМН, проф., Хайтова Р.М. // М., «Медпресс-информ», 2002, 623 с
41. Meltzer E, Malmstrom K, Lu S, Brenner B, Wei L, Weinstein S, et al. Concomitant montelukast and loratadine as treatment for seasonal allergic rhinitis: placebo-controlled clinical trial. *J Allergy Clin Immunol* 2000;105:917-22
42. Bousquet J, Lockey R, Malling H. WHO Position Paper. Allergen Immunotherapy: Therapeutic Vaccines for allergic diseases. *Allergy* 1998; 53, suppl 54.
43. Akdis CA, Blaser K. Immunologic mechanisms of specific immunotherapy. *Allergy* 1999;56:31-2
44. Bousquet J, Scheinmann P, Guinnepain MT, Perrin-Fayolle M, Sauvaget J, Tonnel AB, et al. Sublingual-swallow immunotherapy (SLIT) in patients with asthma due to house-dust mites: a double-blind, placebo-controlled study. *Allergy* 1999;54:249-60.
45. Государственный реестр лекарственных средств и изделий медицинского назначения. НЦЭЛС РК. 2007г.

**Резюме**

Қазақстан Республикасы және өлем өдебиеті бойынша эпидемиология, патогенез, номенклатуралар, диагностикалар және аллергиялық ринитті емдеу мәселелері қаралады. Аллергиялық ринитті емдеудің күйіндегі, оның көн таралуы мен асқыну жағдайлары салдары күйін болып келуі, оны диагностикалаудың күйіндегіна қоса, осы мәселені бүтінгі күннің көкейкесті шаруасына айналдырып отыр.

**Summary**

The questions of epidemiology, pathogenesis, classification, diagnostics and therapy of allergic rhinitis in the Republic of Kazakhstan and by the data of world medicine are discussed in this article. Despite of significant successes in the diagnostics of allergic rhinitis, wide prevalence, serious complications and therapy difficulties provide to the problem high actuality and urgency.