

Ўзбекистон Республикаси  
Соғлиқни сақлаш вазирининг  
2025 йил "23" июндаги  
180-сонли буйруғига  
4-илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ  
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ  
ВА БОШ-БЎЙИН ЖАРРОҲЛИГИ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ МАРКАЗИ**

**"АЛЛЕРГИК РИНИТ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР**



"АЛЛЕРГИК РИНИТ" НОЗОЛОГИЯСИНИ ТАШХИСЛАШ  
ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛЛАР

ТОШКЕНТ – 2025

## 1. Кириш қисми

- МКБ-10 шифр Аллергик ринит J 30
- МКБ-11 шифр Аллергик ринит SC 90.

Касалликнинг халқаро таснифи- МКБ-10/11 шифри.

МКБ-10	
J 30	Аллергик ринит
	<a href="http://mkb-10.com">mkb-10.com</a>
МКБ-11	
SC 90	Аллергик ринит
<a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2112395905">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2112395905</a>	

- **Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2025 й.** Кўриб чиқиш санаси 2028 йил ёки янги асосий далиллар мавжуд бўлганда. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

- **Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса:** Республика ихтисослаштирилган Оториноларингология ва Бош-бўйин касалликлари илмий-амалий тиббиёт маркази, Ўзбекистон Оториноларингология, Бош ва бўйин жарроҳлиги ассоциацияси.

**Клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишга ҳисса қўшганлар:** Жараёни ташкил этиш бўйича Оториноларингология соҳасидаги ишчи гуруҳ аъзолари ва ходимларидир.

**Асосий муаллифлар рўйхати, қўшимча муаллифлар жамоаси (тўлиқ исми, иш жойи, унвони/лавозими):**

1. Хасанов У.С. РиО вббкиад директори. ТМА Оториноларингология кафедраси мудири, т.ф.д. Professor.
2. Эргашев У. М. РиО вббкиад директор ўринбосари, ТМА Оториноларингология кафедраси доценти, т.ф.н.
3. Амонов Ш.Э. ТАШИУВ Оториноларингология кафедраси мудири, т.ф.д, Professor.
4. Арипов С.С. ТАШИУВ Оториноларингология кафедраси мудири, т.ф.д, Professor.
5. Батиров А. Ж., ТТА Оториноларингология кафедраси ассистенти, к.м.н.,
6. Шамаров А. З., ТТА Оториноларингология кафедраси катта ўқитувчиси,
7. Жуманов Д. А., ТМА Оториноларингология кафедраси ассистенти, к.м.н.,
8. Жабборов Н. Н., ТМА Оториноларингология кафедраси ассистенти,
9. Абдуллаев У. П., ТМА Оториноларингология кафедраси ассистенти.

- Рецензентлар: Ички: Қозоғистон Республикаси оториноларингологлар ассоциацияси бош котиби, Оториноларингология маркази раҳбари, Қозоғистон Республикаси бош мустақил оториноларингологи, т.ф.д., professor Мухамадиева Г. А. Ички: Шамсиев Д. Ф., ТКСИ Оториноларингология кафедраси мудири, т.ф.д., Professor;
- Оториноларингология ва Бош-бўйин касалликлари бўйича Республика ихтисослаштирилган илмий-амалий тиббиёт маркази Кенгашининг 5-сонли баённомаси, \_\_\_\_\_-сонли йиғилишида муҳокама қилинди.;

**Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги хузуридаги экспертлар гуруҳлари томонидан эксперт баҳоси:** Ашуров А. М. т.ф.д. Ўз.Рес. Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги ЛОР мутахассислиги бўйича бош мутахассиси.

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.Э, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

#### **Протоколда ишлатиладиган қисқартмалар:**

КТ	Компьютер томография
ОАК	Умумий қон таҳлили
ОАМ	Умумий сийдик таҳлили
ОРВИ	Ўткир респиратор вирусли инфекция
УВЧ	Юқори частотали терапия (ультравысокочастотная терапия)

- Ушбу нозология учун протоколдан фойдаланувчилар: умумий амалиёт шифокорлари, оториноларингологлар.
- Ушбу нозологияда беморлар тоифаси: катталар.
- Далилларга асосланган тиббиёт даражаси шкаласи.

A	Юқори сифатли мета-таҳлил, РСТ ларни тизимли кўриб чиқиш ёки жуда кам эҳтимоллик (++) бўлган катта РСТ лар, натижалар тегишли популяцияга умумлаштирилиши мумкин.
B	Когорт ёки тасодифий текширув тадқиқотларини юқори сифатли (++) тизимли кўриб чиқиш ёки тизимли хато хавфи жуда паст бўлган ҳолатлар
C	Когорт ёки тасодифий текширув ёки тизимли хато хавфи паст бўлган рандомизациясиз бошқариладиган синов (+). Натижалари тегишли аҳолига ёки РКИ тизимли хато хавфи жуда паст ёки паст бўлган (++) ёки (+), натижалари тўғридан-тўғри тегишли аҳолига етказилиши мумкин эмас.
D	Бир қатор ҳолатларнинг тавсифи ёки назоратсиз ўрганиш ёки эксперт ҳулосаси.

## 2. Асосий қисми.

**2.1. Кириш.** Аллергик ринит бутун дунё бўйлаб жиддий соғлиқни сақлаш муаммоси бўлиб, ривожланган ва ривожланаётган мамлакатларга ўзини жиддий таъсирини кўрсатиб келади. Дунё бўйлаб аллергик ринит билан 400 миллиондан ортиқ одам хасталанади, тарқалиш даражаси катталар орасида 10% дан 30% гача ва болалар орасида эса 40% дан ортиқ.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10582485/#:~:text=Globally%2C%20allergic%20rhinitis%20affects%20more,and%20over%2040%25%20among%20children.>

Ўзбекистон Республикасида аллергик ринитнинг тарқалиши 12 дан 24% гача. Шунини таъкидлаш керакки, ушбу касалликнинг ҳаддан ташқари ташхиси Республиканинг турли минтақаларида қайд этилган. Ўзбекистон Республикасида аҳолининг 10-20% поллиноз, 9-16% аллергик ринит, айрим маълумотларга кўра, 32,7% гача шифокорларга мурожаат қилади.

**2.2. Таъриф:** Аллергик ринит – бу аллергияларнинг бурун шиллиқ қаватига кириши натижасида ривожланадиган ва тўртта асосий симптомда намоён бўладиган IgE воситачилигидаги яллиғланиш реакциясидан келиб чиқадиган касаллик: бурун оқиши, нафас олиш қийинлишуви, аксириш ва бурун бўшлиғида қичишиш. Ушбу аломатлар аллергия таъсирини тўхтатгандан кейин ёки таъсири остида тескари ривожланишга ҳам қодирдир.

**2.3. Аллергик ринитнинг патогенези.** Аллергик ринит IgE- билан боғлиқ касаллик бўлиб, аллергия реакциянинг бевосита турига ишора қилади. Юқори сезувчанлик реакциясининг бевосита турига қичишиш, аксириш ва бурун шиллиқ қаватидаги ҳужайраларининг IgE га боғлиқ фаоллашиши натижасида ривожланадиган сувли бурун оқиши киради. Ушбу аломатлар чарчатиши ва безовта қилиши мумкин ва беморнинг ҳаёт сифатига салбий таъсир қилади. Чиқарилган воситачилар гранулаларда (масалан, гистамин, триптаза) ёки ҳужайра мембранасида (лейкотриен B4 ва C4 ва простагландин D2) мавжуд.

Бундай ҳолда триптаза, ҳимаза, катепсин G ва карбоксипептидаза ҳужайралараро бириктирувчи тўқима матричасига зарар етказди. Гистамин ва гепарин қон томирларининг ўтказувчанлигини кескин оширади ва қон томирларининг силлиқ мушакларининг қисқаришига олиб келади. Аллергик яллиғланиш пайтида кўплаб иммуномедиаторлар чиқарилади: интерлейкинлар -3, -4, -5, -13, гранулоцит-макрофаг колониясини огоҳлантирувчи омил (GM-CSF).

T-хелпери 2-типи IL-4 ва IL-13 турини стимуляция қилади, бу эса IgE ишлаб чиқаришни ривожлантиради. Аллергик яллиғланишнинг ривожланишида ўсимта некрози омили алоҳида рол ўйнайди. Бу воситачи ўз-ўзидан яллиғланиш реакцияларининг бутун каскадини қўзғатиши мумкин, лекин у турли ҳужайра турлари бўйича иммуноцитокинлар ишлаб чиқаришни рағбатлантиради ва эндотелийнинг фаоллашишига олиб келади, бу эса турли яллиғланиш ҳужайраларини, биринчи навбатда нейтрофиллар ва макрофагларни пайдо бўладиган марказга жалб қилишга ёрдам беради. Яна бир воситачи тромбоцитларни фаоллаштириш омили бўлиб, у барча оқ қон ҳужайраларининг яллиғланиш жойига кўчишига олиб келади, лейкотриенлар ва простагландинлар ишлаб чиқаришни кўпайтиради, шунингдек нейтрофиллар, эозинофиллар ва тромбоцитларнинг фаоллашишига олиб келади. Медиаторлар вазодилатацион таъсирга эга ва қон томирларининг ўтказувчанлигини оширади, бу эса бурун бўшлиғининг тикилиб қолишига олиб келади. Секрециянинг кўпайиши бурундан шиллиқ оқинди пайдо бўлиши билан бирга келади. Afferent асаб толаларини стимуляция бўлиши қичишиш ва аксиришга олиб келади. Бундан ташқари, afferent стимуляция (айниқса гистамин таъсирида) нейропептидларнинг (P моддаси, тахикининлар) маҳаллий чиқарилиши билан аксон рефлексини кучайтириши мумкин, бу эса ўз навбатида ҳужайраларнинг янада дегрануляциясига олиб келади.

Аллерген таъсирдан кейин бир неча дақиқадан сўнг қичишиш, аксириш ва ринорея пайдо бўлади. Аллергеннинг дозаси ва унга индивидуал сезгирлигига қараб, баъзи аллергия билан оғриган беморларда 6-12 соатдан кейин кеч фазали аллергик реакциялар пайдо бўлади. Шунингдек, бурун шиллиқ қаватининг янада катта гиперреактивлиги билан тавсифланади, бу ўзига хос (маълум бир аллергенга нисбатан) ёки ўзига хос бўлмаган (тамаки тутуни ёки майший аэрозоллар каби тирнаш хусусиятини берувчи юқори сезувчанлик) бўлиши мумкин. Бурун оқинини ўрганиш аллергик реакциянинг эрта ва кеч босқичларида юқори сезувчанлик воситачилари сонининг кўпайишини тасдиқлади.

Аллергенга такрорий таъсир қилиш билан жавобни келтириб чиқарадиган Полен зарралари сони сезиларли даражада камаяди. Агар аллерген таъсир қилиш орасидаги вақт оралиғи 1 ҳафтадан ошса, сенситизация ривожланмайди. Бурун шиллиқ қаватининг сезувчанлиги аллерген таъсирига жавобан яллиғланиш ҳужайраларининг чиқиши билан боғлиқ. Ушбу ҳодисанинг клиник аҳамияти шундаки, баҳорда сезгир бўлган беморларда ринит белгилари оз миқдорда ўсимлик гулчанглари билан алоқа қилганда ҳам пайдо бўлиши мумкин. Сенситизация эҳтимоли эрта яллиғланишга қарши терапиянинг муҳимлигини таъкидлайди.

Ўсимлик чангидан келиб чиққан ринит аллерген таъсирида юзага келадиган аллергик ринитнинг энг кенг тарқалган тури ҳисобланади. Ринит шиллик қаватдаги эозинофиллар, базофиллар ва бошқа ҳужайралар сонининг кўпайиши билан бирга келади. Аллергик яллиғланиш ҳолатида ҳам, ўзига хос бўлмаган гиперреактивлик ҳолатида ҳам ушбу ҳужайралардан турли хил воситачиларнинг чиқарилиши жараёнга бошқа ҳужайраларни жалб қилади. Гистамин яллиғланиш реакциясининг асосий эффекторларидан бири ҳисобланади, шиллик қаватнинг шишиши ва сувли оқинди пайдо бўлиши каби ўзига хос аллергия белгиларининг ривожланишини таъминлайди. Шу билан бирга, клиник белгиларнинг ривожланишида бошқа воситачилар, ситокинлар, нейропептидлар, ёпишқоқ молекулалар ва турли ҳужайралар ҳам иштирок этади.

Аллергик ринитнинг жуда муҳим хусусияти бурун шиллик қаватининг аллергик ёки яллиғланиш таъсирига реакцияси сифатида ҳаво йўллари ва қўшни тўқималарга плазманинг экссудацияси ҳисобланади. Оғир васкуляризация бурун шиллик қаватининг асосий хусусиятларидан бири бўлиб, қон томирларида қон айланишининг ўзгариши тезда бурун тикилиши ва экссудацияга олиб келиши мумкин. Бу жараён ўз навбатида, бурун секрецияси мускариник ва холенергик рецепторлари воситачилигидаги турли хил асаб йўллари билан тартибга солинади.

Аллергенга хос IgE антикорлари I турдаги юқори сезувчанлик реакцияларининг патогенезида Марказий рол ўйнайди. Бу уларнинг мембраналардаги юқори яқинликдаги IgE рецепторлари билан махсус боғланиш қобилиятига боғлиқ ва аллергенни ютишга жавобан махсус ҳужайраларидан турли хил воситачилар ва яллиғланишга қарши ситокинларни чиқаришда воситачи сифатида ишлайди. IgE антикорлари интерлейкинлар-4 (IL-4), IL-5 ва IL-13 томонидан стимуляциядан сўнг B лимфоцитлари томонидан ишлаб чиқарилади. Аллергия реакциясида иштирок этадиган T ҳужайраларининг аксарияти 2-тоифа ёрдамчи T ҳужайралари. Улар IgE синтезини тартибга солувчи ситокинларни чиқаради ва эозинофилларнинг яллиғланиш жойига пишиши ва жалб қилинишини рағбатлантиради. Гуллаш даврида шиллик қаватга кириб борадиган ҳужайраларни ўрганиш шуни кўрсатдики, яллиғланиш реакцияларига воситачилик қилувчи ҳужайралар сони симптомларнинг оғирлиги билан боғлиқ. Эозинофиллар асосан дегрануляция қилинган, деярли ҳар доим шиллик қават ва субмукозада учрайди. Лангерганс ҳужайралари, ҳар хил турдаги лимфоцитлар ва яллиғланиш реакцияларида воситачилик қилувчи бошқа ҳужайралар аллергик реакцияни кўзғатадиган ва чуқурлаштирадиган воситачиларни ажратади. Гуллаш даврида бу воситачилар ҳатто бурун секрецияларида ҳам учрайди. Мавсумий ва йил давомида аллергик ринитда аллергенга узоқ вақт таъсир қилиш билан тўқималарда эозинофиллар тўпланиши ҳам мавжуд.

Ўсимликларнинг гуллаш даврида бурун бўшлиғининг шиллик қаватида эозинофиллар сони ортади. Шуни таъкидлаш керакки, бу даврда воситачиларни ишлаб чиқарадиган "фаоллаштирилган" эозинофиллар сони ортади. Шиллик қават эпителиясида ҳужайраларнинг бошқа ерга ўтиши ҳам кузатилади. Яллиғланиш ўзгаришлар ўсимликлар гуллаш даврида давом этса (тамаки тутуни,

ўткир ҳидлар, атроф-муҳит ҳарорати ўзгаришлар, жисмоний фаолият) ринит ривожланишига олиб келади.

Ринитнинг доимий белгилари бўлган беморларда доимий равишда шиллиқ қават ва субмукозада сурункали яллиғланиш белгилари намоён бўлади, улар уй чанги (Дерматопахгоидес птеронйссинус ва Д. farinae), тараканлар ва уй ҳайвонлари (айниқса Мушуклар, итлар ва отлар) каби аллергенларга доимий таъсир қилиш натижасида ривожланади. Яллиғланиш инфилтратлари ҳужайралар, эозинофиллар, Т-лимфоцитлар ва макрофаглардан иборат. Яллиғланиш реакциясининг давом этиши ринит аломатларини камайтириш учун топикал кортикостероидларга тез-тез эҳтиёж борлигини тушунтиради. Йил давомида аллергик ринит билан оғриган беморларда бурун шиллиқ қаватининг биопсиясини текшириш сурункали яллиғланиш мавжудлигини тасдиқлади. Яллиғланишнинг оғирлиги ва аллергик яллиғланиш реакциясининг давом этиши алоҳида аҳамиятга эга.

Аллергия реакцияси эрта ва кеч фазали реакцияларга бўлинади. Эрта босқичда аллергик ринит 2-турдаги ёрдамчи ҳужайралар (Th2) томонидан бошқариладиган яллиғланишни келтириб чиқарадиган аллергенларга immunoglobulin E (Ig E) воситачилигидаги реакция ҳисобланади. Дастлабки жавоб антиген таъсиридан кейин 5-15 дақиқа ичида содир бўлади, бу эса мезбон ҳужайраларнинг дегрануляциясига олиб келади. Бу аллергик ринитнинг асосий воситачиларидан бири бўлган гистаминни ўз ичига олган турли хил олдиндан шакланган ва янги синтез қилинган воситачиларни чақиради. Гистамин trigeminal асаб орқали аксиришни келтириб чиқаради, шунингдек шиллиқ безларни рағбатлантириш орқали ринореяда рол ўйнайди. Лейкотриенлар ва простагландинлар каби бошқа иммунитет воситачилари ҳам иштирок этадилар, чунки улар қон томирларга таъсир қилиб, бурун тикилишини келтириб чиқаради. Дастлабки жавобдан тўрт-олти соат ўтгач, семиз ҳужайраларидан интерлейкинлар (IL)-4 ва IL-13 каби ситокинлар оқими содир бўлади, бу жавобнинг кеч босқичи ривожланишини кўрсатади. Бу ситокинлар, ўз навбатида, эозинофиллар, Т-лимфоцитлар ва базофилларнинг бурун шиллиқ қаватига кириб боришига ёрдам беради ва буруннинг шишишига, сўнгра тикилиши сабаб бўлади. Бурун шиллиқ қаватининг эозинофил инфильтрацияси ва облитерацияси туфайли IgE воситачилигидаги гиперреактивлик ривожланиши мумкин. Бурун шиллиқ қавати умумий тирнаш хусусияти берувчи моддаларга (тамаки тутуни ва совуқ ҳаво каби) гипер-реактив бўлиб, аксириш, ринорея ва бурун қичиши каби аломатларни келтириб чиқаради.

Аллергик ринитнинг генетик компоненти мавжудлигини кўрсатадиган далиллар мавжуд, аммо юқори сифатли тадқиқотлар одатда етишмаяпти. Монозиготик эгизакларда 45% дан 60% гача, дизиготик эгизакларда эса АР ривожланиши даражаси тахминан 25% ни ташкил қилади. 3 ва 4 хромосомаларнинг айрим жойлари ҳам аллергик реакциялар билан боғлиқ деб қаралади.

### **2.3. Касаллик ёки ҳолатнинг таснифи (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳлари)**

Мавсумий кечишига кўра:

- мавсумий ҳамда йил давомида.

Кечишига кўра:

- яъни, интерваллар оралиғи бўйича: ҳафтада 4 кундан кам ёки йилига 4 ҳафтадан кам безовта қилади; - доимий АР-аломатлар ҳафтада 4 кундан ортиқ ва йилига 4 ҳафтадан кўпроқ безовта қилади.

Даражасига кўра қуйидагилар фарқланади:

- касалликни энгил даражасида - беморда кундузги фаолият биров сусаяди ва уйкуга халақит бермайдиган ринитнинг энгил белгилари вужудга келади;  
- ўрта даражада - ринит белгилари ишга, ўқишга, спортга халақит бера бошлайди ва тунда беморнинг уйқусини бузишни бошлайди;  
- оғир даражада эса - аломатлар даволаш терапия бошланмаганда бемор тўғри ишлай олмайдиган, яхши ўқий олмайдиган ёки машқ қила олмайдиган бўлиб қолади, натижада эса касаллик беморнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада ёмонлаштиради; тунги уйқу ҳам сезиларли даражада бузилади.

Касалликнинг босқичига кўра:

- Қўзиш босқичи  
- Ремиссия босқичи.

Ташхис формуласига юқори сезувчанлик аниқланган *аллергенлар спектрининг кўрсаткичи* киради.

**Аллергик ринитнинг белгиларига қуйидагилар киради:**

- Аксириш (асосан тез-тез эрталаб)  
- Бурундан нафас олишнинг қийинлашиши, оғиз орқали характерли нафас олиш, бунинг натижасида овоз ўзгариши  
- Қичишиш: бурун, кўз, қулоқ, танглай сохаларида  
- Ринорея (бурундан сувли оқмаларни кўпайиши)  
- Бурун томчиларидан кейин қўзғалиш кучаяди  
- Гипосмия (ҳиднинг пасайиши)  
- Бош оғриғи  
- Қулоқ оғриғи  
- Конъюнктив гиперемияси ва склерал шиш  
- Безовталиқ  
- Чарчоқ, ланжлик

- Уйқучанлик

<https://emedicine.medscape.com/article/134825-overview?form=fpf>

Аллергик ринитнинг қўшимча белгилари хақида сўз кетганда: ортиқча бурун секрецияси, параназал синусларда ўзгаришлар ва эшитиш найчаларининг ўтказувчанлиги, булар аллергия ринитни ривожланишига туртки бўлади. Яна шулар қаторида айтиш керакки:

- юқори лабда ва бурун қанотларида терининг қизариши, шу сохаларда шиш ва гиперемия ҳолатлари пайдо бўлади;
- бурундан мажбурий хавони чиқиши ва бурундан қон кетиш аломатлари учраши мумкин;
- томоқ оғриғи, йўтал (аллергик фарингит, ларингитнинг намоён бўлиши);
- кулоқларда оғриқ, айниқса ютиниш пайтида;
- эшитишни бузилиши.

Йил давомида ринитнинг асосий белгиси сурункали тарзда бурундан нафас олишнинг қийинлашуви бўлиб, болаларда сурункали отит хасталигига олиб келиши мумкин; аломатлар йил давомида қийинчилик билан фарқланади. Қичишиш мавсумий ринит билан солиштирганда камроқ аниқланади. Сурункали синусит, шунингдек бурун полиплари ривожланиши мумкин.

Объектив белгилардан шиш, бинафша ранг тусидаги бурун чиғаноқлари ва баъзи мавсумий ринит ҳолатларида конъюнктива ва кўз қовоқларининг шишиши кузатилиши мумкин.

Агар аллергия конъюнктивит мавжуд бўлса, касаллик аломатларига қуйидагилар киради: кўзнинг енгил ва оғир икки томонлама қичиши, конъюнктива гиперемияси, фотосенситивлик, кўз қовоқларининг шишиши ва сувли ёки ёпишқоқ оқмалар кузатилади.

### **3. Диагностика усуллари ва даволаш методлари.**

Аллергик ринит билан оғриган беморларни текширишга қуйидагилар киради:

\* асосий шикоятлари:

- бурундан сув оқиши, бурундан яхши нафас ололмаслик (тиқилиш ҳисси)
- Кўзлар қизғиш рангли, сувли, қичийдиган, (аллергик конъюнктивит) бўлиши.
- Аксириш
- Йўтал.
- Бурун ва томоқ қичиши, тез-тез бурундаги ёниш ҳисси - *чувство жжсения* (баъзида танглай ва фаренкснинг қичиши билан бирга келади). Буруннинг қичиши характерли аломат билан намоён бўлиши мумкин – "аллергик салом" (кўлнинг кафти билан пастдан юқорига қараб бурун учини доимий равишда қашиш), бунинг натижасида баъзи беморларда бурундаги тирналишларга олиб келади;

- Томоқ орқа деворида шилимшмқлар (постназал тикилиши).
- Кўз остидаги шишган терида кўкаришлар (аллергик порлаш).
- Қаттиқ чарчоқ, кўпинча ёмон уйқу натижасида.

- Аллергик анамнезда - аллергик ринит (АР) диагностикасида асосий аҳамиятга эга бўлган анамнезни йиғиш керак бўлади: Касаллик белгиларининг давомийлигига, уни қўзғалишига сабабчи бўлган қўзғатувчиларни аниқлашга, фармакотерапияга жавоб беришга, бирга келадиган касалликларнинг мавжудлигига, атопиянинг оилавий тарихига, экологик омилларнинг касалликка бевосита таъсири бўлаётганига, касбий хавфларнинг мавжудлигига, шунингдек, бу омилларнинг барчаси беморнинг ҳаёт сифатига таъсирини ўрганиш керак бўлади. Тўғри тўпланган тиббий анамнез аллергик ринит (АР) ривожланишидаги мумкин бўлган қўзғатувчиларни ва шубҳали муҳим аллергенларни аниқлашга ёрдам беради. Жисмоний текширув – буруннинг нафас олиш қийинлишувига, пароксизмал аксиришга, бурун бўшлиғидан сувли секрецияларнинг доимий кўп оқишига эътибор берилади. Иккиламчи инфекция бўлса, ажратилган секреция мукопурулент бўлиши мумкин.

Аллергологик тадқиқотлар - ўзига хос аллергологик ташхис қўйиш аллергенлар билан тери синамаларини қўйиш, ўзига хос IgE антителаларни аниқлаш махсус аллергенлар билан бурун провокация тестини (*назального провокационного теста*) ўтказишни ўз ичига олади.

- Инструментал тадқиқотда - риноскопияда кўришимиз мумкин сувли секрециянинг сезиларли миқдори ошганлигини, бурун чиғаноқларини кескин шишиши, мавсумий АР нинг кучайиши пайтида шиллиқ қаватнинг ёрқин қизил рангда бўлиши, йил давомида эса АР кулранг рангда бўлиши, шиллиқ қаватнинг "Мрамор" ли характерини мавжудлигини кўрсатади (Воячек симптоми).

- Бурун бўшлиғини эндоскопик текшириш асосан бурун полипозининг дифференциал диагностикаси, бурун септумининг эгрилиги учун муҳимдир. Фақат аллергик ринитга хос бўлган характерли эндоскопик белгилар мавжуд эмас. Шишган бурун чиғаноғи ва "Воячек симптоми" аллергик ринитнинг характерли белгилари ҳисобланади, аммо шу билан бирга шунга ўхшаш белгини идиопатик ринитда кузатиш мумкин.

- Кўшимча инструментал текширувлар: бурун бўшлиғи ва параназал синусларни рентгенологик текшириш; бурун бўшлиғи ва параназал синусларнинг компьютер томографияси; риноманометрия; бурун бўшлиғини эндоскопик текшириш; бурун обструкциясининг қайтарилишини намоёйиш қилиш учун 0,1% ли Эпинефрин гидрохлорид эритмаси билан тест синамаси. Хамроҳ касалликлар мавжудлигини баҳолаш: астма, синусит, ларингит, сурункали фарингит, отит, эшитиш қобилиятини йўқотиш, бош оғриғи.

Ҳаёт сифатини баҳолаш: ўқиш, иш, уйқу бузилиши ва ижтимоий фаолият. АР беморларининг ҳаёт сифатидаги ўзгаришлар махсус сўровномалар ёрдамида баҳоланади RQLQ (Rhino conjunctivitis quality of life questionnaire конъюнктивит ҳаёт сифати сўровномаси – рино-конъюнктивитда ҳаёт сифатини баҳолаш учун сўровнома) ва WPAI-S (Alergic-specific work productivity and activity impairment

questionnaire оғоҳлантиришга хос иш унумдорлиги ва фаолиятнинг бузилиши сўровномаси аллергенга хос ногиронлик бўйича сўровнома).

<https://cyberleninka.ru/article/n/allergicheskiy-rinit-sovremennye-metody-terapii/viewer>

#### **Лаборатория текширувлари:**

- Эозинофилияни аниқлаш учун умумий қон текшируви ўтказилади (кўпинча касалликнинг кучайиши пайтида аниқланади).

- Цитологик текширув. Бурун оқмасини текшириш аллергик ва юқумли ринит ўртасида дифференциал ташхис қўйиш имконини беради. Аллергик ринит ва эозинофилия синдроми (NARES) билан аллергик бўлмаган ринит эозинофил инфильтрация билан тавсифланади (эозинофилларнинг нисбий сонининг ҳужайралар умумий сонининг 10% ёки ундан кўпигача кўпайиши билан тавсифланади), бактериал инфекция эса нейтрофилларни аниқлайди.

Шуни таъкидлаш керакки, бу усул амалда ҳар доим ҳам тўлиқ ишончли эмас – баъзи ҳолларда аллергик ринит билан оғриган беморларнинг бурун секрециясида эозинофиллар бўлмаслиги мумкин. Бу усул диагностик қийматни пасайтиради.

- Тери синамалари. IgE га боғлиқ аллергияни аниқлаш учун дарҳол терининг юқори сезувчанлик реакциялари қўлланилади. Ушбу тестлар аллергологияда асосий диагностика усули ҳисобланади. Етарли даражада ўтказилган тестларнинг натижалари маълум бир аллергия мавжудлигини тасдиқлашга имкон беради, гарчи бу усул маълум камчиликларга эга бўлсада. Инъекция тестлари (прик тести) одатда билак терисига стандарт аллергенлар тўплами бўлганда қўлланилади, сўнгра диагностика қўлланиладиган жойда тери ингичка игна билан тешилади ва маълум вақтдан кейин тери пуфакчасининг ўлчами ўлчанади. Мамлакатимизда бу усул сўнгги йилларда янада кенг қўлланила бошланди, аммо у ҳали скарификация намуналарини тўлиқ алмаштирмади. Иккинчиси эса сезгирроқ, аммо унчалик ўзига хос эмас ва кўпроқ нотўғри ижобий реакцияларни беради.

#### **4. Аллергик ринитни даволаш**

Аллергик ринит (АР) ни даволашни асосий тамойилларига қуйидагилар киради (1-жадвал):

- дори терапияси;
- элиминацион ходиса;
- АСИТ. 1. Жадвал. Аллергик ринитни даволашга босқичма-босқич ёндашиш.

Иммунотерапия (АСИТ)			
Атроф-муҳит омилларини назорат қилиш (бартараф этиш чоралари)			
Жарроҳлик даволашда биргаликда патологик хамроҳ белгиларни кўриб чиқинг			
Симптомларни назорат қилиш учун фармакотерапия			
1-босқич	2-босқич	3-босқич	4-босқич (фақат мутахассис томонидан даволаш)
Улардан бири: • Н1-АГ • интраназал АГ • кромоглициевая кислота (бурундаги симптомларга қарши дори) • АЛТ	Улардан бири: • ИНГКС (афзал) • Н1-АГ • интраназал АГ • АЛР	Бир ёки бир нечта ИГС комбинацияси: • Н1-АГ • интраназал АГ • АЛР	Оғир АР учун кўшимча терапияни кўриб чиқинг
Шошилиш ёрдам мақсадида			
Қисқа курс адреномиметика			Глюкокортикоидлар (тизимли таъсир қилиш учун, оғиз орқали қабул қилинади)
Терапияни кучайтиришдан олдин ташхис қўйиш ва даволанишга риоя қилиш ҳамда бирга келадиган касалликлар таъсирини яхшилаб текширинг (босқичма-босқич) (step-up)			

Эслатма. нсН1-АГ-седатив таъсир қилувчи тизимли антигистаминлар (охирги авлоди); АЛР – лейкотриен рецепторлари антагонистлари; ИНГКС – интраназал глюкокортикостероидлар – долзарб, бурун фойдаланиш учун кортикостероидлар (АТХ коди R01AD). 1-олдинги терапия самарадорлиги етарли бўлмаганда 12 ёш ва ундан катта беморларга буюрилиши мумкин.

**Медикаментоз терапия.** АР билан оғриган беморларга қуйидаги дорилар тавсия этилади:

Бурун бўшлиғида қичишиш, аксириш, ринорея, бурун тикилиши (нсН1-АГ) ни камайтириш учун седативсиз тизимли антигистаминлар (охирги авлод) буюрилади:

- дезлоратадин,
- левоцетиризин,
- лоратадин,
- фексофенадин,
- цетиризин,
- эбастин,
- рупатадин,
- биластин.

Аллергик ринит (АР) билан оғриган беморларга седатив таъсирга эга тизимли антигистаминларни (биринчи авлод) буюриш тавсия этилмайди.

Аллергик ринитнинг асосий белгиларини оғирлигини тезда камайтириш учун бурун антиаллергик препаратлари (интраназал антигистаминлар) буюрилади:

- азеластин,
- левокабастин.

Бурундан нафас олишни қийинлиги, бурун бўшлиғида қичишиш, аксириш, ринореяни камайтириш учун бурун кортикостероид препаратлари тавсия этилади:

- мометазон,
- флутиказон фуроат,
- флутиказон пропионат,
- будесонид,
- беклометазон.

Кортикостероидлар бошқа дорилар билан биргаликда (интраназал антигистамин ва кортикостероидни ўз ичига олган комбинацияланган дорилар) барча АР белгиларининг оғирлигини камайтириш ва ишлатиладиган дорилар сонини камайтириш учун:

- флутиказон / азеластин бурун спрейи,
- мометазон / азеластин бурун спрейи,
- мометазон / олопатадин бурун спрейи.

Аллергик ринит билан оғриган беморларга, шу жумладан астма билан биргаликда, антиаллергик, яллиғланишга қарши ва астматик таъсирга эришиш учун лейкотриен рецепторлари антагонистларини буюриш имкониятини кўриб чиқиш тавсия этилади.:

- монтелукаст.

Агар керак бўлса, тизимли антигистаминларни седативсиз биргаликда қўллаш ва лейкотриен рецепторлари антагонистларини тайинлаш, монтелукаст ни бошқа дорилар билан биргаликда (седативсиз тизимли антигистаминлар) буюриш имкониятини кўриб чиқиш тавсия этилади. АР ни даволаш, аксарият ҳолларда, амбулатория шароитида амалга оширилади. Ишлатиладиган дорилар сонини

камайтириш билан бирга аллергик ринитнинг барча белгиларини оғирлигини камайтириш учун:

- монтелукаст / левосетиризине.

Енгил АР билан оғриган беморларга аксириш, ринорея ва бурун тикилиши хиссини камайтириш учун кромоглициевой кислотасини (бурун дори) буюриш тавсия этилади.:

- кромоглициевая кислотаси бурун спреји дозаланган.

Ўткир АР ва оғир бурун обструкцияси бўлган беморларга бурун тикилишини камайтириш учун топикал адреномиметикани (симпатомиметика, вазоконстрикторлар, алфа-1-адренорецептор стимуляторлари, деконгестанлар) 3 кундан 7 кунгача қисқа курс давомида қўллаш тавсия этилади:

- оксиметазолин бурун спреји ёки бурун томчилари,

- ксилометазолин бурун спреји ёки бурунга томизилади.

Терапиянинг 3-босқичида (тизимли антигистаминлар, лейкотриен рецепторлари антагонистлари, бурун кортикостероидлари) қўлланиладиган дориларнинг оғир кучайиши ёки самарасизлиги бўлган беморларда глюкокортикоидларни (тизимли, оғиз орқали) қисқа курсда буюриш тавсия этилади.:

- преднизолон,

- метилпреднизолон.

- дексаметазон.

Оғир доимий АР билан оғриган ва терапиянинг 3-босқичида қўлланиладиган дориларнинг самарасизлиги (тизимли антигистаминлар, лейкотриен рецепторлари антагонистлари, бурун кортикостероидлари) бўлган беморлар барча Аллергик ринит белгиларининг оғирлигини камайтириш учун омализумабни буюриш ҳақида ўйлашлари керак. Симптоматик терапияга бўлган эҳтиёжни камайтириш мақсадида.

Элиминацион ҳолатлар. Аллергик ринит билан оғриган барча беморларга аллергик ринит белгиларининг оғирлигини камайтириш ва фармакологик юкни камайтириш учун аллергенларга қарши бартараф этиш чораларини кўриш тавсия этилади.

Элиминацион ҳолатни бартараф этиш чораларига қўшимча равишда (махсус филтрлардан фойдаланиш, кундалик нам тозалаш, уй ҳайвонлари билан алоқа қилишни сезиларли камайтириш, ўсимликларнинг гуллаши пайтида бошқа иқлим зонасига ўтиш ва ҳоказо.), бурун шиллиқ қаватини намлаш, тозалаш ва ҳимоя қилиш учун – изотоник физиологик эритмалардан фойдаланиш муҳим аҳамиятга эгадир.

Кортикостероидларни (бурун препаратлари) қўллашда кортикостероиднинг бурун шиллиқ қавати билан самарали алоқа қилишига тўсқинлик қиладиган ортиқча оқмаларни ва ножўя таъсирларнинг (шиллик қаватнинг қуруқлиги)

ривожланишининг олдини олиш учун "бурун душени" («назального душа») ўтказиш тавсия этилади, бурундан қон кетиш).

Аллергенга хос иммунотерапия. Барча АР белгиларининг оғирлигини камайтириш ва симптоматик ва асосий терапияга бўлган эҳтиёжни камайтириш учун ремиссия даврида АР билан оғриган барча беморларга дори-дармонлар тавсия этилади.

Беморни касалхонага госпитализация қилиш учун кўрсатмалар:

- касалликнинг ўта оғир ёки мураккаб кечиши (шошилиш);
- болаларда оғир бурун тикилиши билан кечадиган аломатлар (фавқулодда шошилиш);
- аллергияни йўқ қилиш шароитида АСИТ нинг тезлаштирилган курсига эҳтиёж (режалаштирилган). АР билан оғриган беморлар учун мақсадли терапияни тайинлаш бўйича экспертиза тиббий маслаҳат билан амалга оширилади.

<https://www.mediasphera.ru/issues/non-nocere/2023/4/1265864282023041044>

#### **4.1. Ҳомиладор аёлларда ва эмизикли аёлларда аллергия ринитни даволаш.**

Ҳомиладор аёлларда Аллергия ринит ташхисини қўйишда ҳомиладорлик давридаги физиологик ўзгаришлар (эстрогенлар ва плацента ўсиш гормонларининг ошиб кетиши) натижасида келиб чиқадиган ринитни ҳисобга олиш керак. Ҳомиладор аёлларнинг ринити - бу энг аввало ҳомиладорлик пайтида пайдо бўладиган, қолаверса, нафас олиш йўллари инфекцияси ёки аллергия белгилари билан бирга келмайдиган ҳолатни кўз олдидан келтиришимиз керак. Айрим нафас олиш аллергияларига сезгирликни аниқлаш АР фойдасига бўлади. Ҳомиладорлик ва лактация даврида минимал тарзда бўлса ҳам тери синамасини ўтказиш керак, айти дамда ушбу синама анафилаксия хавфи туфайли амалга оширилмаслиги мумкин. Ҳомиладорлик ва лактация даврида аллергия текшируви учун қон зардобидидаги ўзига хос IgE даражасини ўрганиш керак бўлади. Ҳомиладор ва эмизикли аёлларда аллергия ринитни даволашда йўқ қилиш чораларига, шу жумладан элиминацион терапияга устунлик берилади. Агар ушбу ёндашувлар етарлича самарали бўлмаса, фармакологик даволашга урғу берилади, яъни, ҳомиладорлик жараёни, она ва туғилмаган боланинг соғлиғи учун мумкин бўлган хавфларни ҳисобга олган ҳолда даво чоралари белгиланади. Этикага кўра, ҳомиладор аёлларда Аллергия ринитда ишлатилмайдиган дорилар учун назорат остида тахлилий синовлар ўтказилмаган. Шунга кўра, ушбу дорилар учун ҳомиладорликнинг ҳар қандай триместрида ҳомила учун ҳеч қандай хавф йўқлигини кўрсатадиган маълумотлар йўқ (АҚШ озиқ-овқат ва фармацевтика идораси (Food and Drug Administration, FDA) томонидан ҳомилага токсик таъсир қилиш хавфи тўғрисида таснифлар ишлаб чиқилган. Аллергия ринитни даволаш учун ишлатилмайдиган баъзи дорилар (FDA таснифига кўра) Б гуруҳига киради (ҳомиладор ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотларда хавф йўқлиги, ҳомиладор аёлларда фойдаланиш бўйича, ишларни назорат қилиш бўйича тизимли тадқиқотлар маълумотлари мавжудлиги). Одамлар учун ушбу дори воситаларни кўрқинчли хавфи йўқ: лоратадин,

сетиризин, будесонид, кромоглик кислотаси. АР учун ишлатиладиган дориларнинг аксарияти С гуруҳига киради (ҳомилага зарар етказиш эҳтимоли бор, аммо потенциал фойда потенциал хавфдан устун бўлиши мумкин). Ҳомиладорликнинг биринчи триместрида (эмбриогенез пайтида) дори-дармонларни буюриш тавсия қилинмайди, ҳаётий зарурат ҳоллари бундан мустасно.

Эмизикли пайтда терапияни бошлашда, иложи бўлса, ўзингизни минимал ҳолда маҳаллий дорилар билан чеклаганингиз маъқул. Аллергик ринитни даволаш учун ишлатиладиган барча тизимли дорилар она сутига ўтади, шунинг учун агар керак бўлса, эмизишни тўхтатиш керак.

**5. Асоратлар.** Сурункали риносинусит, гарчи у аллергик ринитдан фарқ қилса-да, аллергик ринитнинг асоратлари бўлиши мумкин. Бурундан яхши нафас ололмаслик ёки 3 ойдан ортиқ давом этадиган оқмани келиши билан буруннинг яллиғланиши тавсифланади. Сурункали риносинусит билан параназал синусларнинг шиллиқ қаватни сурункали яллиғланиши натижасида бурун полипларининг намоён бўлиши (бурун полипоз) ҳам учраши мумкин. Бурун полиплари одатда бир томонлама ва икки томонлама жойлашган бўлади. Бир томонлама бурун полиплари уларнинг малигнитеси ҳақида ташвиш туғдириши мумкин. Умумий аҳоли орасида бурун полиплари билан касалланиш тахминан 4% ни ташкил қилади ва эркакларда кўпроқ учрайди. Даволаш усуллари маҳаллий стероидлар ва тузли аралашмаларни ўз ичига олади. Жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш дори терапиясига жавоб бермайдиган беморлар учун мўлжалланган.

Аллергик ринитдаги алергенларга сезувчанлик аденоидларнинг иммунологик параметрларини ўзгартириши ва уларнинг гипертрофиясига олиб келиши ҳам маълум. АР беморларининг тахминан 10-40 фоизида астма ҳам бор ва баъзи тадқиқотлар шуни кўрсатадики, астма ўртача ва оғир доимий ринитда кўпроқ учрайди. Кўпгина тадқиқотлар шуни кўрсатдики, аллергик ринит астма учун муваққил хавф омилidir, айниқса болалигида АР ташхиси қўйилган беморларда бу яққол кўринади. Бошқа баъзи бир асоратларга диффузия, доимий йўтал ва эозинофил, эзофагит билан ўрта отитлар киради.

Аллерген десенситизацияси (аллергия зарбалари) бўлган беморларда ринит ёки астманинг ўткир кучайиши ёки энг ёмон ҳолатда беморда анафилактия ривожланиши мумкин. Шунинг учун бундай терапияни таъминлайдиган бўлим ходимлари бундай оғир реакцияларни ташхислаш ва даволашни яхши билишлари керак, бундан ташқари тегишли шошилишч дори-дармонлар (айниқса adrenalin) ва ҳаво йўллариининг ўтказувчанлик ускуналари мавжуд бўлиши керак.

**"АЛЛЕРГИК РИНИТ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

**ТОШКЕНТ – 2025**

## 1. Асосий қисм. Кириш.

Аллергик ринит (АР) - бурундан нафас олишни қийинлиги, аниқ ринорея, аксириш, постназал тикилиш ва бурун қичиши белгилари билан тавсифланадиган атопик касалликдир. Бу ҳар олти кишидан бирига таъсир қилади ва сезиларли касалланиш, маҳсулдорликни йўқотиш ва соғлиқни сақлаш харажатлари билан боғлиқ. Илгари, АР фақат бурун нафас йўллариининг касаллиги деб ҳисобланган. Шу билан бирга, нафас йўллариининг ягона назариясини ишлаб чиқиш АР ни тизимли аллергия реакциянинг таркибий қисми сифатида таснифланади, астма ва атопик дерматит каби бошқа тегишли ҳолатлар умумий тизимли патологияга эга ҳисобланади. АР мавсумий (интервалгача) ёки йил давомида (сурункали) деб таснифланиши мумкин, тахминан 20% ҳолатлар мавсумий, 40% узок муддатли ва қолган 40% иккаласининг белгиларини кўрсатади. Бурун аломатларидан ташқари, АР билан оғриган беморларда аллергия конъюнктивит, йўтал ва сурункали синусит ҳам кузатилиши мумкин. Ташхисдан сўнг АР ни турли усуллар билан даволаш мумкин, интраназал глюкокортикоидлар биринчи даражали терапия ҳисобланади.

[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538186/#:~:text=Allergic%20rhinitis%20\(A%20R\)%20is%20an,subsequent%20leukotriene%20Dmediated%20late%20phase.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538186/#:~:text=Allergic%20rhinitis%20(A%20R)%20is%20an,subsequent%20leukotriene%20Dmediated%20late%20phase.)

Аллергик ринит ривожланишига мойил бўлган омиллар:

- генетик мойиллик; - қон зардобиди IgE даражасининг ошиши (IgE >130 МЕ/мл);
- аллергияларга юқори таъсир қилиш (маиший, чангли хаво ва ҳоказо.);
- шиллик пардаларнинг ўтказувчанлиги юқори бўлиши;
- тўсиқ (барьер) функциясини бузилиши.

Юқори нафас йўллариининг шиллик қавати бир қаватли ва кўп қаватли кирпикли эпителиялар билан қопланган бўлиб, у юпқа ва жуда заиф тўсиқ ҳосил қилади. Шиллик қават турли бегона агентларнинг кириб бориши учун биринчи тўсиқ бўлиб, унинг ҳолати асосан яллиғланиш жараёнининг ривожланишини белгилайди. Имунитет шиллик пардаларда юқори даражада бўлиб, унинг ҳолати ва функцияси бузилса патологиянинг ривожланишига олиб келиши мумкин.

[https://www.rmj.ru/articles/allergologiya/Profilaktika\\_i\\_lechenie\\_allergicheskogo\\_rinita/#ixzz8daZTdxFY](https://www.rmj.ru/articles/allergologiya/Profilaktika_i_lechenie_allergicheskogo_rinita/#ixzz8daZTdxFY)

## 1. Профилактика усуллари

Аллергик ринитнинг босқичма-босқич олдини олиш.

- Бирламчи профилактика касалликнинг ривожланиши учун ҳал қилувчи сабабларни, шу жумладан атроф-муҳит ва иш жойи билан боғлиқ сабаб омилларнинг ўзгаришини бартараф этишни ўз ичига олади.

- Иккиламчи профилактикага клиник аҳамиятга эга аллерген ва тирнаш хусусияти берувчи моддалардан сақланиш киради.

- Учинчи даражали профилактика алевенмаларни олдини олишга, шу билан касалликларни назорат қилишни яхшилашга ва дори-дармонларга бўлган эҳтиёжни камайтиришга, агар керак бўлса, эрта аломатлари бўлган беморлар учун фармакологик профилактика ва аллергенга хос иммунотерапияга қаратилган.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9605427/>

Афсуски, аллергик ринитнинг ўзига хос профилактикаси ишлаб чиқилмаган. Олдиндан ривожланган касаллик билан профилактика чоралари атроф-муҳитдан аллергенни йўқ қилиш ва етарли даволанишни ўтказиш билан чекланади. Профилактика чораларининг табиати аллерген турига боғлиқ. Мисол учун, озик-овқат аллергиялари бўлса, бемор ижобий синовдан ўтган маҳсулотлар чиқариб ташланади.

Шахар хавосида чанг-тўзонга аллергияси бўлса, беморларга шаҳар ташқарисига, табиатга саёҳат қилиш тавсия этилади. Ҳаводаги чанг концентрацияси пасайганда, 11-12 соатдан кейин уйдан чиқиб кетиш яхшироқдир. Деразаларни очиш тавсия этилмайди, айниқса эрталаб. Ҳаво тозалагичларни осиб қўйиш тавсия этилади. Деразалари очиқ машинани ҳайдаманг (ёки унда кетманг). Ўсимлик препаратлари ва косметикани ўтларга ишлатманг. Энг радикал чора - гуллаш даврида яшаш жойни ўзгартириш. Чанг миқдори денгиз кирғоғида ва тоғларда пастроқ эканлиги исботланган.

Уй аллергиялари учун ҳафтасига камида уч марта хоналарни яхшилаб тозалашни амалга ошириш тавсия этилади. Тозалаш пайтида чанг аллергенлари шиллиқ пардаларга киришига тўсқинлик қиладиган ниқоб тақиб олиш керак. Ёстиқлар, матраслар, адёллар гипоалергеник материаллардан тайёрланиши ёки махсус ҳимоя қопламаларига жойлаштирилиши керак. Катта гилам, юмшоқ ўйинчоқлар ва бошқа чанг манбаларидан халос бўлиш тавсия этилади. Оғир пардалар ўрнига енгил пардаларни ишлатиш афзалдир, чунки уларни тозалаш осонроқ. Мебел тез-тез артиб олинадиган материаллардан тайёрланиши керак. Ҳаво тозалагичлардан фойдаланиш яхши самара беради. Уйдаги энг кенг тарқалган аллерген - бу уй чанглари (уй шароитида сезгирликнинг барча ҳолатларининг тахминан 50-60%).

Шунинг учун, тозалашда уларни йўқ қиладиган акарицид препаратларини қўллаш керак. НЕРА филтрли чангютгичлар маиший аллергияларга қарши курашда юқори самарадорликни кўрсатади.

3. Йўқ қилиш чоралари: аллергиялар ёки бошқа АР қўзғатувчиларига таъсир қилишни йўқ қилиш ёки чеклаш, ўзаро таъсир қилувчи маҳсулотлар ва ўсимлик дори-дармонларини диетадан чиқариб ташлаш (чеклаш) (чангга сезгирлиги бўлган беморлар учун) керак бўлади (1-жадвал).

Жадвал 1. Ўзаро озиқ-овқат ва дори-дармонларга аллергия реакциялар.

Ўсимлик чангига аллергияси бор	Реакция бўлиши мумкин бўлган озиқ-овқатлар	Реакция бўлиши мумкин бўлган доривор ўсимликлар
Береза, ольха, лещина	Олма, нок, ёнғоқ, гилос, шафтоли, ўрик, олхўри, сабзи, селдерей, петрушка, асал, картошка, помидор, киви, зайтун, коняк	Қайин барглари (куртаклари), ольховые шишки, қарағай куртаклари
Донли ўтлар	Озиқ-овқат донлари: буғдой ва жавдар нони, нон маҳсулотлари, жўхори уни ва ирмик пюреси, гуруч, тарик, макарон, мюсли, буғдой ароқ, пиво, квас	Жавдар, сули, тимофеевка, буғдой ва бошқалар.
Кунгабоқар, шувок, амброзия	Кунгабоқар уруғлари, кунгабоқар ёғи, ҳолва, майонез, хантал, қовун, тарвуз, қовоқ, бақлажон, бодринг, карам, вермут, манго.	Шувок, момақаймоқ, ромашка, календула, маккажўхори, шолғом, қушқўнмас, ҳиндибо, атиргул, кунгабоқар
Лебеда	Свекла, исмалоқ	Марь
Моғор ва хамиртуруш замбуруғларининг аллергиялари	Тузланган карам, пишлоқлар (айниқса моғор билан), сметана, йогурт, кефир, узум, қуритилган мевалар, пиво, квас, қуруқ вино, шампан	Пенициллин гуруҳининг антибиотиклари, В витаминлари, пиво хамиртурушлари

### **Адабиётлар рўйхати:**

1. Богомилский М. Р., Чистякова В. Р. болалар оториноларингологияси. Университетлар учун дарслик. Москва: Геотар-Мед. -2002й. 259-268 бетлар.
2. Клиник тавсиялар "аллергик ринит". Non посере. Янги терапевтик журнал. 2023й;(4):44 52.
3. Овчинников Ю.М., Гамов В. П. бурун, фаренкс, ҳалқум ва қулоқ касалликлари. Москва, 2003й, 328с.
4. Оториноларингология / / дарс (ўзбек тили, лотин алифбосидаги). С. А. Хасанов, Н. Х. Воҳидов Тошкент - 2013й.
5. Болалар оториноларингологияси / / дарслик Қ. Қ. Қосимов, С.А. Хасанов. Н.Х. Воҳидов Бухоро "Садриддин Салим Бухорий" Дурдона нашриёти 2020й
6. Қулоқ, томоқ ва бурун касалликлари. Ханс Бербом, Оливвер Кашке, Тадеус Навка, Эндрю Свифт. Москва, Мед-пресс информ. 2016й. 265-272 бетлар.
7. Оториноларингология // В. Т. Пальчун, А. И. Крюков, М. М. Магомедов, Н. Х. Воҳидов, У. Н. Воҳидов. "ГЕОТАР" -Media. Москва, 2022 й
8. Горячкина Л. А., Терехова Е. П. поллиноз: долзарб муаммога замонавий қараш. Фармацевтика кутубхонаси. Аллергология ва иммунология. Махсус сон, 2013й: 49-56.
9. Аллергик ринит ва унинг астмага таъсири (ARIA-2008). Россияда ҳужжатнинг янги версиясидан фойдаланиш имкониятлари. Россия аллергия журнали, 2008й, 5:3-6.
10. Allergic Rhinitis. Shweta Akhouri; Steven A. House. University of Louisville July 16, 2023.
11. Epidemiology, Prevention and Clinical Treatment of Allergic Rhinitis: More Understanding, Better Patient Care. Yang Liu and Zheng Liu. Journal of clinical medicine/ 2022 y Oct 10.
12. Diseases of ear, nose and throat. 7-th edition. Pl. Dhingra. Elseviewer, 2018 y.
13. Wilken JA, Kane RL, Ellis AK, et al. A comparison of the effect of diphenhydramine and desloratadine on vigilance and cognitive function during treatment of ragweed-induced allergic rhinitis. Ann Allergy Asthma Immunol, 2003, 91:375-85.
14. Bachert C, Maurer M. Safety and efficacy of desloratadine in subjects with seasonal allergic rhinitis or chronic urticaria results of four postmarketing surveillance studies. Clin Drug Investig, 2010, 30(2): 109-22.