**Резюме.** Эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют о росте распространённости аллергического ринита (АР) у детей. Своевременное выявление симптомов заболевания, спектра сенсибилизации и причинно-значимых респираторных аллергенов открывает возможности для максимально раннего назначения аллерген-специфической иммунотерапии, способной предотвратить формирование бронхиальной астмы у пациента. **Целью исследования** явилось установление на основании клинико-анамнестических данных и результатов аллергологических исследований особенностей заболевания, факторов риска, спектра сенсибилизации и клинически значимых аллергенов у детей раннего возраста с АР, проживающих в г.Магнитогорске. Было проведено открытое одноцентровое проспективное исследование 92 детей с АР в возрасте 2–4 лет (средний возраст – 3,15±0,80 лет), проживающих в г.Магнитогорске. Группой сравнения стали дети аналогичного возраста без АР. Всем пациентам (n=137) проведены общеклинические (ОАК, ОАМ), биохимические, паразитологические и аллергологические исследования (sIgE) (метод ImmunoСap, Phadia). Пациенты с АР и поливалентной сенсибилизацией (n=11) дообследованы на мультиплексной системе (ISAC-112, ImmunoCAP). Результаты. Дебют симптомов АР у детей происходил возрасте 29,00 [24,00-36,00] (min-max: 8,00 – 45,00) месяцев. Установлено персистирующее течение заболевания наблюдалось у 77,17% пациентов, интермиттирующее – у 22,83%. У 36,98% детей степень тяжести АР была среднетяжелой/тяжелой, балльная оценка симптомов по визуально аналоговой шкале (ВАШ) соответствовала 7,00 [6,00-8,00] баллов. Факторами риска формирования АР стали: отягощенный анамнез по атопии (ОШ 4,4; 95%ДИ [2,2; 8,9]; круглогодичный АР у родственников (ОШ 10,4; 95%ДИ [2,4; 44,4]); коморбидные аллергические заболевания пациента (ОШ 17,1; 95% ДИ [6,4; 45,9]); эпизоды визинга в анамнезе (ОШ 10,8; 95% ДИ [3,7; 31,5]; атопический дерматит в анамнезе (ОШ 3,9; 95%ДИ [1,4; 10,3]); оперативное родоразрешение матери (ОШ 2,8; 95%ДИ [1,2; 6,8]); постоянный контакт с домашними животными (ОШ 3,6; 95%ДИ [1,8; 7,3]) и курение родителей (ОШ 2,8; 95%ДИ [1,4; 5,8]). Основными сенсибилизирующими аллергенами в г.Магнитогорске были аллергены перхоти кошки – 71,74%, перхоти собаки – 70,65% и пыльцы березы – 67,39%. Клинические симптомы сезонного АР имели 57,04% больных, на аллергены животных реагировали 35,44% пациентов с АР. Сенсибилизация к мажорным аллергенам пыльцы березы (Bet v1) и кошки (Fel d1) подтверждала истинную аллергию. Таким образом, полный контроль над симптомами и предотвращение формирования бронхиальной астмы – главная цель терапии ребёнка с АР. Своевременная диагностика заболевания и прецизионный подход к лечению способны помочь в достижении цели.

**Abstract.** Epidemiological studies in recent years indicate an increasing prevalence of allergic rhinitis (AR) in children. Timely identification of disease symptoms, sensitization patterns, and causative respiratory allergens creates opportunities for the earliest possible prescription of allergen-specific immunotherapy, which may prevent the development of asthma in patients. Objective:Based on clinical and anamnestic data as well as the results of allergological testing, this study aimed to determine disease characteristics, risk factors, sensitization patterns, and clinically relevant allergens in young children with AR living in Magnitogorsk. An open-label, single-center, prospective study was conducted involving 92 children with AR aged 2-4 years (mean age 3.15±0.80 years) living in Magnitogorsk. The comparison group consisted of age-matched children without AR. All participants (n=137) underwent general clinical (CBC, urinalysis), biochemical, parasitological, and allergological testing (sIgE) using the ImmunoCAP method (Phadia). Patients with AR and polyvalent sensitization (n=11) underwent further evaluation using a multiplex system (ISAC-112, ImmunoCAP). Results. The onset of AR symptoms in children occurred at 29.00 [24.00-36.00] months (min-max: 8.00 – 45.00). Persistent disease course was observed in 77.17% of patients, while 22.83% exhibited intermittent symptoms. Moderate-to-severe AR was present in 36.98% of children, with symptom severity assessed by a visual analog scale (VAS) scoring 7.00 [6.00-8.00] points (median [Q1-Q3]). Significant risk factors for AR development included: family history of atopy (OR, 4.4; 95% CI, 2.2-8.9); comorbid allergic conditions (OR, 17.1; 95% CI, 6.4-45.9), perennial AR (OR, 10.4; 95% CI, 2.4-44.4), history of wheezing episodes (OR, 10.8; 95% CI, 3.7-31.5), atopic dermatitis (OR, 3.9; 95% CI, 1.4-10.3), cesarean delivery (OR, 2.8; 95% CI, 1.2-6.8), continuous exposure to household pets (OR, 3.6; 95% CI, 1.8-7.3), and parental smoking (OR, 2.8; 95% CI, 1.4-5.8). The most prevalent sensitizing allergens in Magnitogorsk were cat dander (71.74%), dog dander (70.65%), and birch pollen (67.39%). Clinical manifestations of seasonal AR were present in 57.04% of patients, while 35.44% showed reactions to animal allergens. Sensitization to major allergens Bet v1 (birch pollen) and Fel d1 (cat) confirmed true allergic responses in affected children. In conclusion, аchieving complete symptom control and preventing the development of bronchial asthma represents the primary treatment goal for children with AR. Timely diagnosis of the condition and a precision medicine approach to treatment are essential for reaching this objective.