О.И. Симонова

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Применение комбинированного препарата фенотерола и ипратропия бромида в комплексном лечении хронических неспецифических заболеваний лёгких у детей

В СТАТЬЕ РАССМОТРЕН СЛОЖНЫЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЁГКИХ У ДЕТЕЙ И ЕГО ЭФФЕКТИВНАЯ ТЕРАПИЯ С ПОМОЩЬЮ КОМБИНИРОВАННОГО БРОНХОЛИТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА ФЕНОТЕРОЛ + ИПРАТРОПИЯ БРОМИД («БЕРОДУАЛ»); ВХОДЯЩИЕ В СОСТАВ ПРЕПАРАТА β_2 -АДРЕНОМИМЕТИК (ФЕНОТЕРОЛ) И АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО (ИПРАТРОПИЯ БРОМИД) ДОПОЛНЯЮТ БРОНХОРАСШИРЯЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ ДРУГ ДРУГА. ПРИВЕДЕНЫ ПОКАЗАНИЯ, ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ПРИЁМА ПРЕПАРАТА.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ХРОНИЧЕСКИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЁГКИХ, БРОНХООБСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ, БРОНХОДИЛАТОРЫ, ДЕТИ.

73

Контактная информация:

Симонова Ольга Игоревна,
доктор медицинских наук,
ведущий научный сотрудник
пульмонологического отделения
Научного центра здоровья детей РАМН
Адрес: 119991, Москва,
Ломоносовский проспект, д. 2/62,
тел. (495) 134-93-31
Статья поступила 06.03.2006 г.,
принята к печати 19.05.2006 г.

Болезни органов дыхания у детей остаются на сегодняшний день самой частой педиатрической патологией, по официальным данным на них приходится в среднем 60% общей заболеваемости. Особую группу составляют хронические неспецифические заболевания лёгких, распространённость которых за последние годы увеличилась от 6 до 35%. Эта группа заболеваний отличается обычно тяжёлым течением, которое часто приводит к ранней инвалидизации детей и подростков. Среди них можно отметить хроническую пневмонию, врождённые пороки развития лёгких и бронхов, синдром Зиверта–Картагенера, синдром Уильямса–Кемпбелла, хронический бронхит, хронический бронхолит с облитерацией, муковисцидоз и др. [1, 2].

Хроническое воспаление в бронхолёгочной системе формируется на основе врождённых пороков развития лёгких и бронхов, сопровождающихся дискинезией бронхов, гиперсекрецией, нарушением дренажной функции бронхов, застоем бронхиального секрета и его инфицированием, которое в свою очередь приводит к развитию тяжёлого хронического бронхита, бронхоэктазов и бронхиальной обструкции [3–5].

Бронхообструктивный синдром — клинический симптомокомплекс, наблюдаемый у больных с генерализованным нарушением проходимости бронхиальных путей. Ведущие проявления бронхообструктивного синдрома — экспираторная одышка и приступы удушья. Бронхиальная обструкция способствует рецидивирующему течению инфекционного и воспалительного процесса и создаёт основу для его прогрессирования и распространения. Ей придают ведущее значение в развитии эмфиземы, бронхоэктазий, пневмосклероза [6].

O.I. Simonova

Scientific Center of Children's Health, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

The value of the compound drugs formoterol and ipratropium bromide in complex treatment of chronic nonspecific lung diseases in children

THE COMPLEX MECHANISM OF DEVELOPMENT OF BRONCHOOBSTRUCTIVE BRONCHITIS IN CHRONIC NONSPECIFIC LUNG DISEASES IN CHILDREN AND ITS EFFECTIVE THERAPY WITH THE COMPOUND BRONCHODILATOR BERODUAL ARE DISCUSSED. BERODUAL COMPRISES β_2 -ADRENORECEPTOR AGONIST — FENOTEROL AND ANTICHOLINERGIC DRUG — IPATROPIUM BROMIDE, THAT AMPLIFY BRONCHODILATORY ACTION OF EACH OTHER. INDICATIONS, CONTRAINDICATION AND INTAKE PECULIARITIES ARE ILLUSTRATED. **KEY WORDS:** CHRONIC NONSPECIFIC LUNG DISEASES, BRONCHOOBSTRUCTIVE SYNDROME, BRONCHODILATORS, CHILDREN.

Восстановление бронхиальной проходимости составляет одну из главных задач лечения и реабилитации больных. При этом необходимо учитывать возможность преобладания различных патогенетических механизмов в формировании бронхиальной обструкции и их сочетаний. Механизмы нарушений можно разделить на две группы. Первая группа — обратимые: 1) воспалительный отёк и инфильтрация слизистой и подслизистой оболочек; 2) нарушения мукоцилиарного транспорта, обтурация просвета бронхов вязким секретом; 3) бронхоспазм. Вторая группа — необратимые: 1) фибропластические изменения стенок бронхов; 2) стеноз, деформация и облитерация просвета бронхов; 3) экспираторный коллапс бронхов, наличие эмфиземы лёгких [7].

У детей термин «бронхообструктивный синдром» при воспалительных заболеваниях органов дыхания применяют часто. Бронхообструктивный синдром при хронических неспецифических заболеваниях лёгких у детей всегда имеет смешанный генез. Сложный механизм развития бронхиальной обструкции и его отличительные особенности создают серьёзные проблемы в проведении дифференциальной диагностики и терапии [8, 9].

К развитию бронхообструктивного синдрома у детей с хроническими неспецифическими заболеваниями лёгких приводят следующие причины: стойкие морфологические изменения в лёгких (деформация бронхов, бронхомалация); хроническое воспаление, вызванное бактериальной флорой; мукостаз (увеличение количества и застой слизи в бронхиальном дереве, повышение её вязкости); воспалительные изменения стенок бронхов (отёк, клеточная инфильтрация). В 50% случаев присутствуют другие причины — рефлекторные и аллергические механизмы (бронхоспазм, особенно у детей с сопутствующей бронхиальной астмой или различными проявлениями аллергии — дерматит, ринит, пищевая и лекарственная аллергия). Существуют данные о связи бронхообструктивного синдрома с выделяемой из мокроты патогенной микрофлорой, например с *Moraxella catarrhalis*, грибами *Candida* (81%) [10].

Частота выраженных клинических признаков бронхообструкции у детей при хронических неспецифических заболеваниях лёгких по данным Е.В. Середы составляет 24%, а по данным функциональных исследований О.Ф. Лукиной — 40% [11]. Клинически бронхиальная обструкция проявляется следующими симптомами: удлинением фазы выдоха при спокойном и особенно при форсированном дыхании, свистящими хрипами на выдохе, которые хорошо слышны при форсированном дыхании и в положении лёжа, симптомами обструктивной эмфиземы лёгких. Для обструктивного синдрома при хроническом бронхите у детей характерен ряд особенностей. Одышка в покое бывает менее выраженной, отсутствуют характерные приступы затруднённого дыхания, удушья, при использовании бронходилататоров эффект наступает медленно [12, 13]. У детей с муковисцидозом бронхообструктивный синдром может быть в 5–15% случаев обусловлен бронхолёгочным аспергиллёзом, который проявляется типичными приступами затруднённого дыхания со спастическим кашлем [14].

Бронхиальная обструкция часто принимает хроническое течение, усиливаясь при обострении основного заболевания, поэтому терапия при хронических неспецифических заболеваниях лёгких должна быть комплексной: антибактериальные, муколитические, бронхорасширяющие препараты и кинезиотерапия (дренаж бронхиального дерева).

Важное значение имеет необратимость, частичная обратимость или полная обратимость бронхиальной обструкции. Проведение тестов с ингаляционными бронходилататорами решает вопрос об обратимости выявленной обструкции

дыхательных путей [15]. Эти тесты широко применяют как у детей с бронхиальной астмой, так и при хронических неспецифических заболеваниях лёгких. Более чем у половиной детей с хронической пневмонией и бронхообструктивным синдромом выявляют достоверный прирост величины объёма форсированного выдоха за первую секунду на ингаляцию бронхолитика. В педиатрической практике прирост объёма форсированного выдоха за первую секунду на 12% и более по сравнению с исходным значением оценивают как положительный ответ на ингаляцию бронхолитика. С другой стороны прирост в 12% может составлять и 120, и 250, и 360 мл. В связи с этим предлагают проводить оценку ответа на ингаляцию бронхолитика по абсолютному приросту величины объёма форсированного выдоха за первую секунду. Увеличение объёма форсированного выдоха за первую секунду на 190 мл и более можно расценивать как положительный ответ на ингаляцию бронходилататора. В некоторых случаях при наличии минимальных нарушений бронхиальной проходимости все показатели после ингаляции бронхолитика достигают границ нормы, а прирост объёма форсированного выдоха за первую секунду составляет менее 190 мл. В таких случаях при условии налаженного сотрудничества пациента и врача, а также удовлетворительной воспроизводимости кривой поток-объём при исходном исследовании такой тест можно оценить как положительный.

При хронических бронхитах с бронхообструктивным синдромом бронхолитики (например, β_2 -адреномиметики) начали применять относительно недавно, уделяя особое внимание разработке показаний к применению и оценке эффективности ингаляционных бронхолитиков, которые широко используют при бронхиальной астме. Лечение бронхообструктивного синдрома при хронических неспецифических заболеваниях лёгких у детей проводят бронхорасширяющими препаратами по общим правилам лечения бронхиальной астмы [16]. Собственный практический опыт показывает, что в комплексном лечении эти препараты повышают эффективность терапии (прослеживается положительная клиничко-функциональная динамика).

При хронических неспецифических заболеваниях лёгких у детей в ряде случаев более эффективно применение комбинированного бронхолитического препарата фенотерол + ипратропия бромид (Беродуал, Берингер Ингельхайм, Германия); входящие в состав препарата β_2 -адреномиметик (фенотерол) и антихолинергическое средство (ипратропия бромид) дополняют бронхорасширяющее действие друг друга.

При введении ипратропия бромида, обладающего антихолинергическим действием, происходит блокада холинергических рецепторов, что снижает тонус бронхов, уменьшает гиперсекрецию. Бронхиальный тонус определяется преимущественно парасимпатической холинергической иннервацией, он обуславливает рефлекторную бронхоконстрикцию и бронхиальную гиперреактивность. Ацетилхолин, выделяющийся в нервных окончаниях, через холинергические рецепторы приводит к сокращению гладкой мускулатуры, увеличению секреции подслизистых желёз, что и вызывает бронхообструкцию.

β_2 -Адреномиметик фенотерол, путём стимуляции β -адренорецепторов гладкомышечных клеток, вызывает быструю бронходилатацию. Комбинация лекарственных средств с разным механизмом действия потенцирует бронхолитический эффект и увеличивает его продолжительность. Важно, что в препарате снижена доза β_2 -адреномиметика, благодаря чему удаётся избежать побочных эффектов.

Концентрация действующих веществ в плазме крови при ингаляционном пути введения в 500–1000 раз ниже, чем

после введения эквивалентных доз препарата перорально, а эффект наступает быстрее. Комбинированный бронхорасширяющий препарат фенотерол + ипратропия бромид (Беродуал) выпускают в нескольких лекарственных формах, что делает его более удобным в применении [17].

◆ Дозированный аэрозоль Беродуал Н выпускают в аэрозольных баллонах, содержащих 200 доз препарата, с дозирующим клапаном ёмкостью 15 мл. В каждой дозе содержится 50 мкг фенотерола и 21 мкг ипратропия бромида. Детям старше 6 лет назначают по 2 ингаляционные дозы. Если в течение 5 мин не наступает облегчения дыхания, можно назначить ещё 2 ингаляционные дозы. Пациента следует информировать, что если эффект отсутствует после 4 ингаляционных доз и требуются дополнительные ингаляции, необходимо немедленно обратиться к врачу. При пользовании дозированных аэрозолей рекомендуют применять спейсер (индивидуальная пластмассовая камера, объёмом в среднем 100–200 мл), облегчающий доставку бронходилататора и не требующий сложной координации подачи препарата с актом дыхания. Форма спейсера не имеет значения. Главное, чтобы он имел два клапана: клапан вдоха и клапан на выдохе. На каждую дозу полагается сделать 4 вдоха. Например, если назначено 2 дозы препарата одновременно, то нужно сделать следующее: впрыснуть 1 дозу в спейсер и сделать 4 дыхательных маневра, то есть 4 вдоха. Затем впрыснуть вторую дозу и снова сделать 4 вдоха и т.д. В среднем это занимает 1–2 мин. Правильная методика приёма препарата в форме дозированного аэрозоля — залог его эффективности [18].

◆ Препарат также выпускают во флаконах по 20 мл в виде раствора для ингаляций. В 1 мл раствора (20 капель) содержится 500 мкг фенотерола и 250 мкг ипратропия бромида (в 1 капле — 25 мкг фенотерола и 12,5 мкг ипратропия бромида). У детей в возрасте до 6 лет (масса тела до 22 кг) суточная доза составляет 0,5 мл (10 кап) на 3 введения в день под наблюдением врача (дозу можно рассчитывать и на массу тела ребёнка — 50 мкг/кг фенотерола и 25 мкг/кг ипратропия бромида). Доза не должна превышать 0,5 мл (10 кап) на приём, что соответствует 250 мкг фенотерола и 125 мкг ипратропия бромида, до 3 раз в день. Для детей в возрасте 6–14 лет (масса тела от 22 до 44 кг) раствор назначают по 0,5–1 мл (10–20 кап.) до 4 раз в день. Введение препарата в виде аэрозоля через небулайзер более целесообразно, поскольку обеспечивает его лучшее проникновение в периферические отделы лёгких у больных с гиперсекрецией в трахеобронхиальном дереве. Особенно это важно для детей, которые не могут выполнять правильный респираторный манёвр через спейсер (например, дети до 5–6 лет

или с тяжёлым общим состоянием). Размер аэрозольных частиц, создаваемых в небулайзере, должен составлять в среднем 4,5 микрон, а воздушный поток от 4 л/мин. Лечение обычно начинают с минимальной рекомендованной дозы. Препарат разводят в 0,9% растворе натрия хлорида до общего объёма в среднем 2 мл (нельзя разбавлять дистиллированной водой, так как это может спровоцировать дополнительный бронхоспазм). Время проведения ингаляции обычно составляет 3–5 мин, пока раствор не будет израсходован полностью. При необходимости ингаляции можно проводить многократно с интервалами 4–6 ч. Введение препарата более 3–4 раз в сутки не целесообразно не столько из-за токсичности, сколько из-за малой эффективности. Наличие системных эффектов при использовании высоких доз ипратропия бромида не доказано [19]. Гиперчувствительность к препарату — противопоказание к его применению. Описанные побочные эффекты включают тремор, артериальную гипотензию, ощущения сердцебиения, аритмию, тахикардию, вентиляционно-перфузионный дисбаланс, сухость во рту, нарушения аккомодации (при попадании в глаза). При правильном выборе лекарственной формы и точном расчёте суточной дозы препарат обычно хорошо переносится детьми и не вызывает нежелательных реакций, даже в случае длительного его применения в составе базисной терапии хронического бронхита.

Для оценки эффективности применения препарата у больных с бронхообструктивным синдромом рекомендуют следующие критерии.

◆ Субъективная оценка состояния: уменьшение одышки, прекращение приступов удушья, улучшение общего самочувствия.

◆ Объективная оценка состояния: результаты физического обследования (частота дыхательных движений, частота сердечных сокращений, аускультативная картина в лёгких), положительная динамика показателей функции внешнего дыхания, характеризующих бронхиальную проходимость.

◆ Сокращение сроков пребывания в стационаре.

◆ Достижение длительной устойчивой ремиссии [20].

Таким образом, у детей с хроническими неспецифическими заболеваниями лёгких для устранения бронхообструктивного синдрома, который имеет сложный патогенез, целесообразно применять комбинированный бронхорасширяющий препарат фенотерол + ипратропия бромид (Беродуал). Терапию обязательно следует проводить в составе комплексного базисного лечения этих заболеваний. Эффективность препарата повышается при использовании его в форме раствора для ингаляций через небулайзер.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Рачинский С. В., Волков И. К., Симонова О. И. Принципы и стратегия терапии хронических воспалительных бронхолёгочных заболеваний у детей // Детский доктор. — 2001. — № 2. — С. 63–66.
2. Каганов С.Ю., Розина Н.Н., Дрожжев М.Е., Геппе Н.А. Хроническая обструктивная патология лёгких как проблема пульмонологии детского возраста / В кн.: Хронические обструктивные болезни лёгких (под ред. А.Г. Чучалина). — М.: ЗАО «Издательство БИНОМ», 1998 — С. 479–501.
3. Спичак Т.В. Постинфекционный облитерирующий бронхиолит у детей. — М.: Научный мир, 2005. — С. 65–67.
4. Середа Е.В. Бронхиты у детей: современные принципы терапевтической тактики // Педиатрия. — 2002. — №11(62). — С. 38–44.
5. Болезни органов дыхания у детей: руководство для врачей. Под ред. Рачинского С. В., Таточенко В. К. — М.: Медицина, 1987. — 494 с.
6. Федосеев Г.Б. Механизмы обструкции бронхов. — СПб.: МИА, 1995. — 336 с.
7. Солопов В.Н. Лечение, неотложная помощь, профилактика неспецифических заболеваний лёгких. Вопросы реабилитации и организации пульмонологической помощи». — Саратов: Издательство Саратовского университета, 1988. — С. 113–115.
8. Середа Е.В., Рачинский С.В., Волков И.К. и др. Лечение пороков развития лёгких и бронхов у детей // РМЖ. — 1999. — Т. 7, № 11.
9. И.К. Волков, О.Ф. Лукина, И.Д. Фесенко и др. Современные принципы лечения бронхообструктивного синдрома при хронических заболеваниях лёгких у детей // Лечащий врач. — 2003. — № 8. — С. 40–42.

10. Середа Е.В., Рачинский С.В., Волков И.К. и др. Терапевтические подходы к лечению бронхообструктивного синдрома у детей с хроническими заболеваниями лёгких / Методические рекомендации. Правительство Москвы. Комитет Здравоохранения. — М., 1999.
11. Лукина О.Ф. Функциональная диагностика бронхиальной обструкции у детей // Респираторные заболевания. — 2002. — № 4. — С. 7–9.
12. Артамонов Р.Г. О некоторых дискуссионных аспектах бронхообструктивных состояний у детей // Педиатрия. — 1992. — вып. 4–6. — С. 71–73.
13. Мизерницкий Ю.Л. Клинические варианты бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста // Материнство и детство. — 1992. — № 6–7. — С. 18–22.
14. Шабалова Л.А. Аллергический бронхолёгочный аспергиллез у детей с муковисцидозом // Педиатрия. — 1999. — № 1. — С. 44–49.
15. Лукина О.Ф. Современные методы исследования функции лёгких у детей // Лечащий Врач. — 2003. — № 3 / <http://www.osp.ru/doctore/2003/03/>
16. Практическая пульмонология детского возраста (справочник). Под редакцией В.К. Таточенко. — Москва, 2000. — С. 68–69, 164.
17. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России. — М.: АстраФармСервис, 2005.
18. Таточенко В.К. Педиатру на каждый день — 2003. Справочник по лекарственной терапии. — М., 2003. — С. 116, 128–130, 142, 159–160.
19. Авдеев С.Н. Хроническая обструктивная болезнь лёгких в таблицах и схемах. М.: Издательство «Атмосфера», 2003. — 23 с.
20. Пульмонология. Клинические рекомендации. Главный редактор акад. РАМН А.Г. Чучалин. — М.: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа». — 2005. — С. 195–196.

Знаменательные и юбилейные даты из истории педиатрии 2006 года*

14 января исполняется 100 лет со дня рождения **Эдэна КЕРПЕЛЯ-ФРОНИУША** (O. Kerpel-Fronius), венгерского педиатра, академика (1970). Внёс вклад в изучение физиологии и патологии обмена веществ у детей, в частности, водно-солевого обмена у детей раннего возраста. Выделил разновидности дегидратации при желудочно-кишечных заболеваниях и токсических состояниях у детей. Выявил ведущую роль застойной гипоксии в развитии токсикоза у детей раннего возраста. Установил роль гипокалиемии в генезе функциональных нарушений миокарда, почек и других органов. Автор ряда монографий и руководств по педиатрии, изданных на нескольких европейских языках, в том числе и на русском. Был почетным членом американской Академии педиатрии и многих научных обществ мира.

Соч. и лит.: см. БМЭ. 3-е изд.

23 марта — 25 лет со дня смерти **Любена РАЧЕВА** (1904–1981), болгарского педиатра, профессора. Научные работы посвящены, главным образом, вопросам действия сульфаниламидов и антибиотиков на патологическую кишечную флору, клинике туберкулёза, туберкулинодиагностике и БЦЖ-вакцинации, стафилококковым пневмониям, ревматизму, аллергическим заболеваниям, пренатальной патологии. Автор монографии «Развитие, гигиена, питание, диареи и дистрофии детей первого года», которая была настольной книгой для нескольких поколений болгарских педиатров. Его монографии «Токсикоз в раннем детском возрасте» (1959) и «Обмен веществ в детском возрасте» (1962) переведены на русский язык.

Соч. и лит.: см. БМЭ. 3-е изд.

23 мая — 150 лет со дня рождения **Ивана Виссарионовича ТРОИЦКОГО** (1856–1923, род. в Черниговской губернии), отечественного педиатра, доктора медицины, профессора. В 1903–1919 гг. — профессор педиатрии Харьковского университета. С 1910 по 1923 г. — руководитель организованной им кафедры педиатрии в Екатеринославском университете. Автор руководства по педиатрии «Курс лекций по болезням детского возраста» (1887). Ряд трудов посвящён фармакологии детского возраста, вопросам антенатальной профилактики, гигиене детей, этиологии детских инфекционных заболеваний. Рассматривал рахит как социальную болезнь. Внёс вклад в обоснование необходимости проведения мероприятий по охране здоровья матери и ребёнка. Был одним из инициаторов организации общества детских врачей в Киеве (1900), Харькове (1912), создания в Харькове отдела Союза борьбы с детской смертностью (1906), созыва 1-го Международного съезда педиатров (1912).

Соч. и лит.: см. БМЭ. 3-е изд.

13 июня — 80 лет со дня рождения **Жерома ЛЕЖЕНА** (J. Lejeune, 1926), французского педиатра и генетика, директора Института прогенеза (1968). Внёс вклад в изучение вопросов генетики, цитогенетики и хромосомных болезней человека (болезнь Дауна и др.). Им впервые описаны случаи транслокации хромосом D/G (1959) и D/D (1960), а также синдромом кошачьего крика (Cri du chat) — врождённый комплекс пороков развития, обусловленный нарушением структуры одной из хромосом группы В (1963), впоследствии названный его именем. Лауреат ряда государственных наград и премий Франции и других стран.

Соч. и лит.: см. БМЭ. 3-е изд.

13 июня — 80 лет со дня рождения **Вячеслава Александровича ТАБОЛИНА** (1926, род. в г. Владимире), российского педиатра, академика РАМН. С 1963 г. заведующий кафедрой госпитальной педиатрии (ныне кафедра детских болезней № 2, педиатрического факультета Второго Московского медицинского института (ныне Российский государственный медицинский университет). Научные работы посвящены физиологии и патологии новорождённых, а также болезням печени, почек, надпочечников, желудочно-кишечного тракта и других органов и систем у детей раннего возраста. Ряд работ посвящен хронобиологии и хронофармакологии в педиатрии. Разработал и внедрил в практику многоэтапную клинко-биохимическую систему ранней диагностики наследственной и приобретённой патологии обмена веществ и пოსиндромный принцип оказания неотложной помощи новорождённым. За монографию «Наследственные болезни у детей» (с соавторами) присуждена премия им. Н.Ф. Филатова АМН (1975). Инициатор изучения биоритмологии и создания специализированных отделений патологии новорождённых. Создал школу педиатров-неонатологов.

Соч.: см. БМЭ. 3-е изд.; *Алкоголь и потомство*. М., 1988. 110 с. (Совместно с др.)

Лит.: см. БМЭ. 3-е изд.; В.А. Таболин // *Педиатрия*. 1986. № 8. С. 71; 60 лет Российской академии медицинских наук. М., 2004. С. 417; В.А. Таболин // *Вестн. РАМН*. 1996. № 6. С. 79–80; *Вестн. РАМН*. 2001. № 7. С. 54–55.

* Составители: Н.П. Воскресенская, Е.Н. Былинский (Отдел истории медицины и здравоохранения Национального НИИ общественного здоровья РАМН).