

StatusPraesens

**МЕД
ПОЛИТ**

Для библиографических ссылок

• Рюмин Г.А., Лёгкий С.В. Вызов педиатра на дом — эффективный инструмент или генератор проблем? — Текст : электронный // StatusPraesens. Неонатология. — 2024. — №5 (110). — С. 11–15. — URL: <https://praesens.ru/zhurnal/elektronnyy-zhurnal/sp-neo/>.



В ГОСТИ К ПАЦИЕНТУ

Вызов педиатра на дом — эффективный инструмент или генератор проблем?



Авторы: канд. мед. наук Глеб Анатольевич Рюмин, StatusPraesens (Москва); Сергей Витальевич Лёtkий, StatusPraesens (Екатеринбург)

Чёрную сумку для посещения пациентов на дому использовали ещё со времён Гиппократа, который в трактате «О хороших манерах» дал первое подробное описание её снаряжения. Он говорил о том, что медик должен быть хорошо оснащён, так как нехватка необходимых вещей у постели больного причиняет вред^{1,2}. Образ доктора, входящего в чей-то дом с кожаной сумкой, — одно из самых традиционных представлений о медицине. Голландский термин huisarts — аналог врача общей практики (general practitioner в англоязычных странах) — буквально переводится как «домашний врач»³. Однако в последние 90 лет регистрируют снижение количества вызовов на дом во всём мире^{4,5}, и может показаться, что этот важнейший элемент врачебного дела уходит в прошлое.

Компания StatusPraesens в 2023 году опросила 1388 врачей 97 специальностей из 282 городов России с целью выяснить, следует ли продолжать практику визитов врачей на дом. Большинство опрошенных (47,8%) высказались за их отмену, 26,3% — за сохранение неотложных вызовов для всех детей и маломобильных пациентов, а 7,9% выступили за развитие телемедицины.

В сентябре 2023 года на XII Общероссийской конференции «Контраверсии в неонатальной медицине и педиатрии» перспективы посещения ребёнка на дому

обсудили именитые и не понаслышке знакомые с проблемой специалисты. В их числе докт. мед. наук, засл. врач РФ И.Н. Захарова, докт. мед. наук, проф. А.П. Продеус, докт. мед. наук, проф. В.К. Таченко, докт. мед. наук, засл. врач РФ, акад. РАЕН Е.А. Дегтярёва, докт. мед. наук, проф. Т.Е. Таранушенко, докт. мед. наук, засл. врач РФ Н.Х. Жамлиханов, докт. мед. наук, проф. И.А. Тузанкина, доц. И.О. Печерей.

Спикеры и участники форума также высказали мнение по вопросу сохранения домашних визитов: распределение отве-

тов за и против было **примерно равным**, что говорит о необходимости дальнейшей дискуссии. Тем для неё много: каковы цели такого посещения, как повысить его эффективность, существуют ли альтернативы и как решают эту дилемму в других системах здравоохранения? Актуальнейший вопрос — какие «подводные камни» ожидают пациента **при утрате возможности вызова** участкового педиатра, особенно на селе, и можно ли их избежать?

Однозначная тенденция?

До 1940-х годов медработники чаще, чем пациенты, имели доступ к транспорту, и вызовы на дом составляли **почти 40%** рабочей нагрузки врачей общей практики. Уже к 1950 году в США доля составила лишь 10%, в период с 1980-х по 1990-е годы снижение на 27% было отмечено в Англии и Уэльсе, а в Австралии — **более чем на 50%** за годы с 1997-го по 2007-й. Однако в последнее время число исследований этих трендов значительно уменьшилось, и современные данные практически отсутствуют.

В ирландском обсервационном исследовании 2019 года доля визитов врачей сельской местности на дом была рассчитана как **87 на 1000 пациентов в год**, тогда как в аналогичной работе 2009 года значение равнялось 143. При этом 86,2% посещений пришлось на людей **старше 65 лет**. Основные причины вызова — респираторные (17%) и прочие инфекции (12%), паллиативная помощь (11%) и болевой синдром (11%). Почти половина (45,8%) пациентов всего лишь **нуждались в рецепте**, и только 11,7% обращений закончились направлением в больницу⁶.

Сегодня в Европе и США посещения на дому — исключение, которое не считается стандартом оказания медицинской помощи. В то же время между отдельными врачами и разными странами существуют различия — чаще домашние визиты делают специалисты мужского пола и частные доктора. В США есть **специальная служба** домашних визитов, в Германии среднее количество вызовов одного врача общей практики составляет **34 в неделю**, в Австрии, Бенилюксе и Франции — более 20.

Хотя в каждой национальной системе здравоохранения есть противники и сторонники домашних визитов, налицо две явные тенденции — количество посещений **в целом снижается**, но растёт для оказания паллиативной помощи в группе пожилых людей с мультиморбидностью⁷. Этому способствуют изменения в структуре оплаты труда врачей, доступность транспорта для пациентов и увеличивающаяся близость к медицинским центрам⁸.

Наблюдательный анализ (США, 2019) с использованием платформы для вызовов на дом позволил составить примерную характеристику визита. Пик посещений приходится на **возраст 1 год**, основные причины у детей — лихорадка и/или острая инфекция верхних дыхательных путей, а **93,9%** педиатри-

устраняет необходимость в организации транспорта, предотвращает физический дискомфорт и психологический стресс, связанные с поездкой в клинику¹¹. Не случайно многие семьи сообщают, что они **особенно ценят** визиты медицинских работников на дом¹².

Исследования демонстрируют, что в педиатрической практике визиты на дом полезны **в первые 6 мес** жизни ребёнка — они увеличивают показатели грудного вскармливания, снижают использование служб экстренной помощи и уровень предотвратимой смертности¹³. Если говорить о посещениях детей на дому не по вызову, а **в рамках специальных программ**, то они эффективны для дошкольников с ожирением¹⁴ и пациентов с медицинскими сложностями, требующих постоянного ухода¹⁵.

[Основные причины вызова врача на дом — респираторные (17%) и прочие (12%) инфекции, паллиативная помощь (11%). При этом почти половина (45,8%) пациентов всего лишь нуждались в рецепте!]

ческих вызовов делают **в тот же день**. Среднее время ожидания прихода врача составило 96,1 мин при общей средней продолжительности посещения **27,1 мин**. Обращения пациентов в 46,2% случаев поступают в клинику неотложной помощи и в 41,6% — в участковую службу. Большинство удовлетворённых респондентов, а именно **94,2%**, при необходимости воспользовались бы вызовом врача на дом вновь⁹.

С разных сторон

Подходы к домашним визитам требуют рассмотрения всех «за» и «против» со стороны докторов, пациентов и системы здравоохранения, так как у каждого из участников этого процесса свои задачи и интересы. С точки зрения потребителя такой подход в основном **выгоден и удобен**, поскольку снижает затраты (времени, усилий, на транспортные услуги) и в большинстве случаев повышает доступность первичной помощи¹⁰. Такая практика помогает уязвимым пациентам избегать **ятрогенных инфекций**,

При кажущейся очевидности пользы в домашних визитах есть **негативные моменты** с точки зрения пациента. Например, довольно неожиданно у детей, которых после выписки из стационара посещали **медсёстры** (такой формат работы предусмотрен, например, в США), были более высокие показатели 30-дневного незапланированного повторного обращения за медицинской помощью¹⁶. Ещё одна проблема, выявленная в 2019 году в Ленинградской области, — **сложности при вызове** участкового педиатра к ребёнку на дом: у 11% родителей они были всегда, у 17% — достаточно часто, у 34% — редко, и только у 26% не возникали никогда, а 12% педиатра на дом не вызывали¹⁷.

С точки зрения доктора визит на дом — мощный инструмент, позволяющий собирать более **достоверную информацию** о пациентах, которую сложно получить на приёме: несоблюдение режима приёма лекарств, условия ухода и проживания и т.д. По этой причине часть врачей по-прежнему ценят домашние посещения, которые **при избирательном использовании** могут улучшить уровень

оказания помощи. С другой стороны, большинство респондентов американского исследования говорят о неудовлетворительной оплате труда и затратах времени в качестве негативных сторон, указывая 10–20 мин как **максимально допустимую** длительность дороги в одну сторону¹⁸.

Исследования конца прошлого века показали, что вызовы на дом **снижают потребность** в посещениях отделений неотложной помощи и госпитализации, в том числе повторной после выписки из больницы¹⁹. В то же время с точки зрения поставщика услуги наибольшую трудность для осуществления домашних визитов представляют **высокие затраты ресурсов**²⁰. При этом для отдельных категорий — например, для инвалидов или одиноких родителей — уже существует «неотложка» и «скорая помощь», поэтому вызов педиатра на дом представляется **нерациональным дублированием** этих служб.

Бег с препятствиями

Можно выделить несколько основных особенностей визита на дом, которые становятся препятствием к использованию этого инструмента или резко снижают его эффективность. Первое, что несёт серьёзные **потенциальные риски**, — слабая оснащённость врача на вызове по сравнению с возможностями любого лечебного учреждения. Недоступность выполнения элементарных анализов и рентгенографии, невозможность посоветоваться с коллегами затягивает начало правильного лечения, а домашняя обстановка не способствует оказанию адекватной помощи. Кроме того, **неуверенность врача в диагностике** на дому чревата избыточной госпитализацией.

Ещё одно значимое препятствие, ограничивающее ценность вызовов, — **высокая нагрузка**, которая ложится на медиков. Это снижает эффективность обычной работы в поликлинике, а также сокращает возможность выделения времени для повышения квалификации. Согласно опросам, например, немецкие врачи тратят на визиты значимые ресурсы: 10% — менее 2 ч, 15% — более 12 ч, а в среднем на это уходит **5–8 ч в неделю**. За это время удаётся сделать 14,5 посещения продолжительностью 28 мин²¹.

К сожалению, большая часть времени тратится не на осмотр больного, а на **перемещение по городу**. В этой связи целесообразно посещать пациента, если он живёт в отдалённой местности, нетранспортабелен или имеет какие-либо физические ограничения, а таких детей менее 10%. К слову, сельские врачи меньше подвержены опасениям по поводу критических для жизни ситуаций, **активнее готовы оказывать услуги на дому** и с меньшей вероятностью делегируют вызовы службам экстренной помощи⁷. При этом есть интересное наблюдение, что сельская местность и небольшое расстояние до дома пациента **укорачивают** саму консультацию²².

Один из серьёзных рисков домашних визитов — слабая защита медицинских работников от **агрессивного поведения пациентов**. Это признанная проблема во всём мире, и ряд исследований показал, что в какой-то момент своей карьеры большинство специалистов сталкиваются с агрессией. В числе инструментов, призванных бороться с этим явлением, — «чёрные списки» пациентов, **обучение методам дезэскалации**, привлечение охраны, устройства для отслеживания движения и тревожные кнопки, объединение врачей для совместной работы на вызове.

В одном из опросов только 43% респондентов приняли меры индивидуальной защиты, тогда как **57% не имели**

Законодательные пробелы

Особое место в обсуждении визитов педиатра к пациенту занимает законодательное обоснование такой деятельности. Интересно, что опасения по поводу **медико-правовых вопросов**, связанных с вызовом на дом, появились только в недавних исследованиях^{18,23}. По сути, все лечебные и диагностические действия вне учреждений — прерогатива бригад скорой или неотложной медицинской помощи. С юридической точки зрения цели визита участкового педиатра на дом не ясны и **чётко нигде не прописаны**. В том числе в приказе Минздрава РФ от 7 марта 2018 года №92н не определён состав укладки для педиатрической помощи на дому²⁴, а перечень лекарственных препаратов для оказания скорой медицинской помощи, представленный в приказе от 28 октября 2020 года №1165н²⁵, **слишком велик** для амбулаторной педиатрии.

Врач, вооружённый только фонендоскопом и фонариком, **лишён инструментов и правовой базы**, чтобы оказывать эту помощь. Единственное, что он может сделать в острой ситуации, — поднять трубку и набрать номер «03». Это вступает в противоречие с нормой «недопустимости отказа в оказании помощи»²⁶, действующей с 1 января 2022 года, и приказом Минздрава №785 от 2020 года²⁷, где сказано, что медицинская организация должна обеспечить помощь в экстренной форме, в том числе через **наличие лекарственных препаратов** и медицинских изделий для этой цели. Совершенно не ясно, как педиатр на квартирном вызове будет выполнять эти нормы²⁸.

Наконец, если медицинская помощь — это услуга, то получатель обязан за неё **заплатить**, при этом экстренная помощь в соответствии с приказом №323-ФЗ должна быть оказана безвозмездно. Не случайно в Государственную думу РФ внесён законопроект об **отмене понятия «услуга»** в отношении медицинской помощи. Можно констатировать, что с юридической точки зрения визиты участковых педиатров на дом следует отменить как минимум до устранения **правовых пробелов** в этой работе.

[Резко снижает эффективность визита врача на дом и несёт серьёзные потенциальные риски слабая оснащённость доктора по сравнению с возможностями любого лечебного учреждения.]

ни одной. При этом 6% никогда не задумывались о вопросах безопасности, а 31,8% слышали о риске насилия, но не знали, что делать. Женщины с большей вероятностью заботятся о собственной защите, чем мужчины²⁹.

В дополнение к перечисленным препятствиям следует отнести неудовлетворённость размером вознаграждения, особенно в регионах, **недостаток обучения** персонала, риск профессиональной ответственности³⁰. Весомый список затруднений при реализации домашних визитов заставляет **задуматься о пересмотре подходов**. В 2016 году акад. А.А. Баранов уже высказывал предположение о том, что следует отменить вызовы врача-педиатра на дом, а наблюдение, проведённое в Московской детской городской поликлинике №91 ДЗМ в период пандемии, показало, что уменьшение числа вызовов **не сопровождалось ростом** негативных последствий такого снижения³¹.

[Чтобы внедрить новую систему, потребуются перепланировать структуру поликлиники, расположение основных и вспомогательных помещений, по-новому организовать работу участковых врачей.]

Задумываться об отмене системы вызовов заставляет то, что сегодня уже не существует проблемы добраться до поликлиники, и то, что в большинстве регионов наблюдают **дефицит кадров**, а время, отведённое для повышения квалификации и профилактического направления, неуклонно сокращается.

Есть мнение, что «живучесть» института домашнего визита в нашей стране — лишь укоренившийся стереотип важности этого достижения для системы здравоохранения. Звучат и рациональные голоса **в пользу его сохранения** или невозможности изменения практики. В числе позитивных аргументов то, что визиты помогают диагностировать urgentные состояния, инфекции и обслуживать **маломобильных пациентов**. Кроме того, в поликлиниках недостаточно боксов, система приёма детей не совершенна, а приезжающие на вызов врачи экстренных служб **не знают ребёнка**, что снижает эффективность.

Ищем выход

Ясно, что система домашних визитов **требует модернизации**, однако столь же очевидно — её не удастся реформировать быстро. Возможно, следует начинать делать это на региональном или муниципальном уровне в виде **пилотных проектов**, выделяя средства и при этом не ограничивая руководителей в выборе конкретного подхода.

Для начала необходимо улучшить саму поликлиническую службу — усовершенствовать системы записи к врачу, **ускорить внедрение телемедицины**, приблизить флюорографию и лабораторию к месту жительства, выделить время для профилактической работы и повышения квалификации в рамках рабочего дня.

Важно **пропагандировать** самостоятельный визит пациента к доктору, обосновывая это лучшим уровнем диагностики и качества обслуживания, отсутствием долгого ожидания прихода

педиатра на дом. Не обойтись без повышения **престижа профессии врача**, борьбы с дилетантами от медицины в интернете и выравнивания зарплаты в мегаполисах и регионах. Чтобы внедрить новую систему, потребуются перепланировать структуру поликлиники, расположение основных и вспомогательных помещений, по-новому организовать работу и обучение участковых врачей, увеличить время приёма на одного ребёнка — всё это **может стать препятствием** для изменений.

Один из предлагаемых подходов, призванных снять нагрузку домашних визитов с участковой службы, — создание **специализированных отделений** неотложной помощи. Они распространены во многих странах, и в их задачу входит обслуживание вызовов и оказание помощи пациентам, обращающимся «с улицы». В ряде регионов страны, в частности в Москве³² и Ивановской области,³³ подобные структуры **уже созданы**. Они рас-

полагают собственным штатом, включая водителей, систему регистрации вызовов, а выездная бригада имеет расширенное оснащение, **недоступное участковому педиатру** на визите, — небулайзер, глюкометр, электрокардиограф, пульсоксиметр, транспортные шины, воздуховод, зонд для промывания желудка, а также необходимые препараты³⁴.

Создание подобных структур имеет свои недостатки, например, по сравнению с врачом участка «чужие» специалисты не знают пациентов, к которым выезжают. Кроме того, более выраженная нацеленность таких докторов на неотложные состояния может сопровождаться **недостаточной квалификацией** с точки зрения общей педиатрии. Те, кто выступает против упразднения визитов врача поликлиники, в основном предлагают реструктурировать рабочий день участкового педиатра и очень чётко **ограничить показания** для посещения. Ещё одно возможное решение — **возлагать ответственность**, включая финансовую, за необоснованные вызовы на родителей: не секрет, что часто медика приглашают лишь для получения «большинного листа» для самих взрослых.

В ряде стран с развитой частной или страховой медициной значимую долю домашних визитов берут на себя **семейные врачи**³⁵, но выбор такого варианта требует пересмотра финансовых и организационных моделей медицинской помощи. Возможной **альтернативой** или дополнением к визитам участковых педиатров на дом могут быть посещения ребёнка после выписки из больницы **врачами стационара**, а также программы, когда вызовы распределяют между врачами-стажёрами³⁶. Однако такой подход также требует системных изменений.



Когда-то визит доктора на дом был достижением, однако в настоящее время это **превратили в услугу** с сомнительными результатами и высокими рисками. Возможно, от такого вида помощи не стоит отказываться полностью, однако нужно **пересмотреть подходы** с уточнением целей и задач, а также с **коррекцией способов** их реализации. **SP**

Литература и источники

1. Bynum W.F. The history of medicine: a very short introduction. Oxford: Oxford University press, 2008. 184 p.
2. Tsoucalas G., Kousoulis A.A., Tsoucalas I., Androutsos G. The earliest mention of a black bag // *Scand. J. Prim. Health Care*. 2011. Vol. 29. №4. P. 196–197. [PMID: 22126217]
3. Cassell C.H. English Dutch, Dutch English dictionary. 38th ed. New York, NY: Continuum International, 2000. 1582 p.
4. Aylin P., Majeed F.A., Cook D.G. Home visiting by general practitioners in England and Wales // *BMJ*. 1996. Vol. 313. №7051. P. 207–210. [PMID: 8696199]
5. Snijder E.A., Kersting M., Theile G. et al. Home visits in German general practice: findings from routinely collected computer data of 158 000 patients // *Gesundheitswesen*. 2007. Vol. 69. №12. P. 679–685. [PMID: 18181071]
6. Murphy R., McErean S., Maguire S.E., Stewart P. Home visits in rural general practice: what does the future hold? // *Rural Remote Health*. 2022. Vol. 22. №2. P. 6767. [PMID: 35473306]
7. Theile G., Kruschinski C., Buck M. et al. Home visits — central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study // *BMC Fam. Pract.* 2011. Vol. 12. P. 24. [PMID: 21513534]
8. Kao H., Conant R., Soriano T., McCormick W. The past, present, and future of house calls // *Clin. Geriatr. Med.* 2009. Vol. 25. №1. P. 19–34. [PMID: 19217490]
9. Fortin Ensign S., Baca-Motes K., Steinhubl S.R., Topol E.J. Characteristics of the modern-day physician house call // *Medicine (Baltimore)*. 2019. Vol. 98. №8. P. 14671. [PMID: 30813215]
10. Chung B.S. Multiple viewpoints on physician home visits // *J. Korean Med. Sci.* 2020. Vol. 35. №20. P. 184. [PMID: 32449326]
11. Pereles L. Home visits. An access to care issue for the 21st century // *Can. Fam. Physician*. 2000. Vol. 46. P. 2044–2048. [PMID: 11072584]
12. Fleming P., Pease A., Ingram J. et al. Quality of investigations into unexpected deaths of infants and young children in England after implementation of national child death review procedures in 2008: A retrospective assessment // *Arch. Dis. Child*. 2020. Vol. 105. №3. P. 270–275. [PMID: 31562184]
13. Lakin A., Sutter M.B., Magee S. Newborn well-child visits in the home setting: A pilot study in a family medicine residency // *Fam. Med.* 2015. Vol. 47. №3. P. 217–221. [PMID: 25853533]
14. Stark L.J., Clifford L.M., Towner E.K. et al. A pilot randomized controlled trial of a behavioral family-based intervention with and without home visits to decrease obesity in preschoolers // *J. Pediatr. Psychol.* 2014. Vol. 39. №9. P. 1001–1012. [PMID: 25080605]
15. Huth K., Amar-Dolan L., Perez J.M. et al. Visiting Jack: mixed methods evaluation of a virtual home visit curriculum with a child with medical complexity // *Acad. Pediatr.* 2020. Vol. 20. №7. P. 1020–1028. [PMID: 32437880]
16. Riddle S.W., Sherman S.N., Moore M.J. et al. A qualitative study of increased pediatric reutilization after a post-discharge home nurse visit // *J. Hosp. Med.* 2020. Vol. 15. №9. P. 518–525. [PMID: 32195655]
17. Алексеева А.В., Соболев И.Б., Моисеева К.Е. и др. Оценка родителями доступности медицинской помощи, оказываемой детям в амбулаторных условиях // *Бюллетень науки и практики*. 2018. Т. 4. №10. С. 47–55.
18. Hammett T. What do Victoria family physicians think about housecalls? // *Can. Fam. Physician*. 2013. Vol. 59. №1. P. 33–38. [PMID: 23341677]
19. Philbrick J.T., Connelly J.E., Corbett E.C. Jr. Home visits in a rural office practice: clinical spectrum and effect on utilization of health care services // *J. Gen. Intern. Med.* 1992. Vol. 7. №5. P. 522–527. [PMID: 1403209]
20. Lapointe-Shaw L., Kiran T., Costa A.P. et al. Physician home visits in Ontario: A cross-sectional analysis of patient characteristics and postvisit use of health care services // *CMAJ Open*. 2022. Vol. 10. №3. P. 732–745. [PMID: 35944922]
21. Pochert M., Voigt K., Bortz M. et al. The workload for home visits by German family practitioners: An analysis of regional variation in a cross-sectional study // *BMC Fam. Pract.* 2019. Vol. 20. №1. P. 3. [PMID: 30609917]
22. Fritz R.D., Merlo C., Essig S. How time consuming are general practitioners' home visits? Insights from a cross-sectional study in Switzerland // *Swiss Med. Wkly*. 2023. Vol. 153. P. 40038. [PMID: 36800888]
23. Soh L.L., Koh C.H.G., Mittal R. House calls in Singapore: A qualitative study // *Singapore Fam. Physician*. 2018. Vol. 44. №4. P. 35–42.
24. Об утверждении профессионального стандарта «Врач-педиатр участковый»: Приказ Минтруда РФ №306н от 27 марта 2017 года.
25. Об утверждении требований к комплектации лекарственных препаратами и медицинскими изделиями укладок и наборов оказания скорой медицинской помощи: Приказ Минздрава РФ №1165н от 28 октября 2020 года.
26. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон №323-ФЗ от 21 ноября 2011 года.
27. Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности: Приказ Минздрава РФ №785н от 31 июля 2020 года.
28. Сахно Л.В., Дубовая Е.Г., Колтунцева И.В. и др. Правовые аспекты, обязанности и возможности оказания экстренной медицинской помощи участковым педиатром на дому у пациента // *Медицинский совет*. 2023. №17. С. 225–230.
29. Ifeiora C. Exploring the safety measures by doctors on after-hours house call services // *Australas. Med. J.* 2015. Vol. 8. №7. P. 239–246. [PMID: 26284129]
30. Seah J.Y. Barriers to making house calls by primary care physicians and solutions: A literature review // *Malays. Fam. Physician*. 2020. Vol. 15. №3. P. 3–9. [PMID: 33329858]
31. Кравченко В.П. Анализ целесообразности сохранения существующей системы оказания медпомощи детскому населению на дому в экономических условиях постэпидемического периода // *Московская медицина*. 2020. №6 (40). С. 84.
32. Щаблинин О.В. Совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению // *Quantum Satis*. 2019. Т. 2. №2–4. С. 171–176.
33. Жданова Л.А., Рунова О.С., Постол И.И. и др. Организация неотложной медицинской помощи в городской детской поликлинике // *Вестник Ивановской медицинской академии*. 2015. Т. 20. №2. С. 5–9.
34. Постол И.И., Рунова О.С., Жданова Л.А. и др. Опыт работы отделения неотложной медицинской помощи в детской городской поликлинике // *Материалы III Межрегиональной научно-практической конференции врачей Центрального федерального округа с международным участием, посвящённой 85-летию Ивановской государственной медицинской академии*. Город, 2015. С. 44–46.
35. Rerucha C.M., Salinas R. J., Shook J., Duane M. House calls // *Am. Fam. Physician*. 2020. Vol. 102. №4. P. 211–220. [PMID: 32803925]
36. Balighian E., Burke M., Davis A. et al. A posthospitalization home visit curriculum for pediatric patients // *MedEdPORTAL*. 2020. Vol. 16. P. 10939. [PMID: 32743065]