

Dr. Szabó Gábor

## Bevezető a rehabilitáció témaköréhez

Rehabilitációval interdiszciplináris jellegéből adódóan több szakma képviselői foglalkoznak. Így van ez akkor is, ha napjainkban már önálló szakterületté vált.

A társadalom erkölcsi fejlettségét jelzi, hogy milyen módon segíti a hátrányos helyzetbe került tagjait.

A rehabilitáció folyamatát bár a szakorvos koordinálja, mégis meghatározó szerep hárul a házi orvos kollégákra is.

A rehabilitáció rendkívül széles palettájáról jelen számban két szakterületet szeretnénk kiemelni. Elsőként a mozgásszervi rehabilitációt tárgyaljuk. Örömmel konstatálhatjuk, hogy számos intézetben működik újonnan szervezett mozgásszervi rehabilitációs osztály.

Házi orvosi rendelőben a betegek 20-25%-a mozgásszervi eredetű panasszal jelentkezik. Jelentős a száma azoknak is, akik más betegség miatt jelentkeznak és rákérdezésre, vagy a részletes fizikális vizsgálat során derül fény mozgásszervi elváltozásra.

A gyulladáshoz vezető reumatológiai betegségek, mint pl. a rheumatoid arthritis és seronegatív spondylarthritis /SNSA/ fogalomkörhöz sorolható kórképek kezelésében az aktív reumatológiai kezelés és a rehabilitáció együttesen jelenik meg.

A degeneratív jellegű gerinc és perifériás ízületi elváltozások, a posztraumás esetek, a műtét előtti, utáni reha-

bilitációs kezelések mellett egyre nagyobb szerepet kap a mozgásszervi rehabilitációban az osteoporosis is, különös tekintettel a porotikus törések (csigolya vagy perifériás csont) megelőzésére és kezelésére. A téma szép összefoglalását láthatjuk Eiben főorvos asszony írásában.

Másik választott témánk a pulmonológiai rehabilitáció /PR/.

A rehabilitáció többi szakterülete mellett a PR viszonylag kisebb súllyal jelenik meg. Mégis fontos, mert a felnőtt lakosság 4-7%-ában fordul elő hörgő obstrukcióval járó bronchitis és emphysema /COPD/. 1999-ben az OEP 367, 2001-ben 459 pulmonológiai ágyat működtetett rehabilitációs feladatokkal. Ez a számadat is hangsúlyozza, hogy a döntéshozók felismerték PR jelentőségét.

A krónikus légzőszervi megbetegedések jelentősen csökkentik a fizikai terhelhetőséget, gyakran szorulnak szteroid terápiára, sokszor kontinuális formában is, ezáltal generálva az osteoporosist, valamint az inaktivitás okozta izomatropiát és arthrosist.

Így kapcsolódik ez a dolgozat is szakterületünkhöz. Szerzője reumatológus, pulmonológiai rehabilitációs osztályvezető főorvos, a szakmai igényességgel megírt dolgozat szépen példázza a téma multidiszciplináris jellegét.

A rehabilitáció nem szakmai divat, bár el kell ismerünk, hogy jelentősége napjainkban egyre nő, inkább szemlélet, melynek során operatív eljárásokkal, komplex módon a fizioterápia, pszichológia esetleg pszichiátria eszközeivel, meghatározott szakmai csoport, megtervezett, egyénre szabott protokoll szerint próbál a beteg életminőségén javítani.

Dr. Szabó Gábor

Dunakeszi Szakorvosi Rendelőintézet  
2120 Dunakeszi, Fő út 75-78.

Dr. Eiben Annamária

## A reumatológiai rehabilitáció jelentősége a házi orvosi gyakorlatban

### Összefoglalás

A mozgásszervi betegségek vezető szerepet töltenek be a rokkantságot előidéző megbetegedések között, melyek egyre növekvő gyakorisága világszerte meghökkentő költségeket és gazdasági következményeket eredményez.

A betegségek korai felismerése, a korszerű terápia beállítása, a krónikus betegek gondozása, és az orvosi rehabilitáció révén a szociális és gaz-

dasági kihatások jelentősen csökkenthetők.

E problémák egyik megoldását jelentheti a jövőben az ún. lakóközösségi rehabilitációs szolgáltatás.

A lakóközösségre alapozott modellel lényege, hogy az alapellátáshoz csatoltan jól képzett multidiszciplináris team segítségével, a költséges kórházi ellátás helyett a beteg otthonában végzi el a gyógyító és rehabilitációs tevékenységet és így a szociális gondozással együttműködve jelentős életminőség javításra képes.

### A reumatológiai betegségek előfordulása

A reumatológiai betegségek rendkívül elterjedtek, a lakosság mintegy 20%-át érintik, de alig van olyan em-

ber, akinek ne lett volna valamely – a mozgásszerveket érintő –, többnyire csupán fájdalommal járó panasz. Így nem meglepő, hogy a házi orvosi gyakorlatban megjelenő minden harmadik-negyedik ember mozgásszervi panaszokkal keresi fel kezelőorvosát.

Hazánkban a mozgásszervi betegségek a rokkantosság okai között a negyedik helyet foglalják el. E megbetegedések ritkán jelennek meg közvetlenül a mortalitási statisztikában. Ennek dacára az e csoportba tartozó betegségek mortalitása jelentős.

A rheumatoid arthritises beteg várható élettartama pl. 10 évvel rövidebb az átlagnépesség várható élettartamánál. Az osteoporosis okozta combnyaktörés mortalitása az Egye-

Dr. Eiben Annamária

Pest Megyei Flór Ferenc Kórház  
Reumatológiai és Fizioterápiás Osztály  
2143 Kistarcsa, Semmelweis tér 1.

sült Királyságban magasabb, mint a méhnyak-, méhtest- és az emlőrákban szenvedőké együttléve.

### A reumatológiai beteg rehabilitációja

A reumatológiai betegségek a porc,- csont,- ín,- izom,- szalagrendszer betegsége által hozzák létre a mozgásszervek KÁROSODÁS-át. A mozgásszervek károsodása a fájdalom, duzzanat, a deformitások, izom-elváltozások révén a mozgásfunkciók nagyfokú beszűküléséhez vezet, mely már FOGYATÉKOSSÁG-ot jelent. Amennyiben ez olyan mértékű, hogy a beteg munkaképességét, közlekedő-képességét, önellátását is befolyásolja, ROKKANTSÁG-ról beszélünk. Akut történések, katasztrófaesemények (pl.: posztraumás gerincvelő-sérülések, amputáció) esetén pontosan elválasztható az egészség és a megváltozott, a rehabilitációt igénylő állapot. Krónikus folyamatok (pl. mozgásszervi megbetegedések) esetén ez nem tehető meg ilyen egyszerűen. A reumatológiai megbetegedések legnagyobb része hullámzó lefolyást mutató krónikus folyamat, ahol a fogyatékos kialakulása nem köthető egy adott időponthoz, leginkább a mozgásfunkciók szakaszos romlása révén jön létre.

Szinte nincs is olyan reumatológiai beteg, aki betegségének egy adott szakaszában ne szorulna rehabilitációs kezelésre, tehát a háziornosnak rendelkeznie kell bizonyos reumatológiai és rehabilitációs ismeretekkel.

### A reumatológiai rehabilitáció célja

A reumatológiai rehabilitáció célja, hogy a mozgásszervi beteg meglévő képességeinek fejlesztésével a hiányzó funkciók pótlásával képes legyen önállóságának részbeni vagy teljes

visszanyerésére, és a családba, a munkahelyére, a társadalomba való visszailleszkedésére.

### A rehabilitáció fokozatai

#### 1. a szekunder prevenció

A szélesebb értelemben vett rehabilitáció első fokozata, azaz a gondozás feladatkörébe tartozik.

Cél: a funkcióvesztés megelőzése, és a fizioterápiás kezelések korai stádiumban történő megkezdése. Ide tartozik a beteg felvilágosítása és a beteg oktatása is.

Az orvos feladata a krónikus betegség lényegének, lefolyásának, prognózisának, az életmód-változtatás szükségességének ismertetése, a beteg pszichés vezetése, és nem utolsósorban a beteg megnyerése a rehabilitációs tervben való aktív részvételére.

A betegoktatás különböző formáiban (gerinciskola, ízületvédelem) a gyógytornász ismerteti a beteggel a funkcionális állapot javítására szolgáló módszereket. Az információátadás igen hasznos módszere lehet betegklubok szerveződése, ahol szakemberek tartanak rendszeresen előadásokat (orvos, gyógytornász).

#### 2. a funkcióhelyreállító illetve -pótló tevékenység

Ez történhet konzervatív vagy műtéti úton.

##### 2/a) konzervatív

– a mindennapi aktivitás biztosítására irányul, az ízületi biomechanika javításával, segédeszközök biztosításával.

##### 2/b) ortopéd-sebészeti

– a műtét sikeréhez szükség van a megfelelő pre,- és postoperatív rehabilitációra. A műtétet megelőzően a megfelelő izmok megerősítése, a kontraktúrák oldása éppen olyan fontos, mint a műtétet követő aktív funkcionális kezelés.

#### 3. fenntartó tevékenység

– a rehabilitáció harmadik összetevője azoknál érvényesül, akiknek a betegsége hosszabb ideje tart, és a deformitások állandósultak. E betegeknél ezért a meglévő funkciószint megtartása szükséges adjuváns szerekekkel, különböző segédeszközökkel (ortézis) és az eredeti funkciót gyakoroltató pótló mozgások begyakoroltásával. A cél az, hogy a betegek ne ekkor, hanem betegségük korábbi fázisaiban találkozzanak a rehabilitációval. Ebben van döntő fontosságú szerepe a beteg állapotát, családi körülményeit jól ismerő családorvosnak. Mindezek a rehabilitációs feladatok történhetnek **intézetben** (kórházi rehabilitációs osztály), **szakrendelő-intézetben** vagy **lakóközösségi szinten**, az alapellátás keretei között.

### Rehabilitáció irányítása

A rehabilitációs szakorvos feladatköre:

1. Annak megállapítása, hogy ki szorul rehabilitációra.
2. A rehabilitációs program egyéni szerkesztése és megbeszélése a beteggel, és a programot megvalósító szakemberekkel (gyógytornász). Bentfekvéses, járóbeteg vagy otthoni kezelés feltételeinek mérlegelése.
3. Vizsgálatok elvégzése vagy végeztetése, hogy a beteg alkalmas-e a program végrehajtására. Amennyiben szükséges, pszichológiai vizsgálat.
4. A program hatékonyságának ellenőrzése (lehetőleg objektív paraméterekkel – funkcionális, illetve életminőség-skálák).
5. A program befejezése kapcsán tanácsadás a további életvitelre, adott esetben a kezelés ismétlésének megbeszélése.
6. A rehabilitációs szemlélet oktatása.

A rehabilitációs szakember feladata annak a szemléletnek a gyakorlati érvényesítése, ami a rehabilitáció lényege, a readaptációra való felkészítés. A rehabilitációs szakember felelőssége annak megállapítása, milyen rehabilitációra van szüksége a betegnek, és a beteg erre való alkalmasságának elbírálása.

A házi orvos feladata, hogy a beteg korát, általános állapotát, egyidejű társbetegségeit, a funkciókárosodás mértékét, mozgásképességét, közlekedési lehetőségeit is figyelembe véve, a rehabilitációs szakorvos véleményét kikérve eldöntse, hogy a beteget kórházba utalja-e, vagy megoldható az ambuláns vagy lakóközösségi rehabilitációs szintű ellátás.

### Intézeti rehabilitációra szoruló mozgásszervi betegek köre

#### 1. akut reumatológiai betegségek illetve történések utáni állapotok

– discopathiás attack utáni rezi-duális antalgias tartás

– radiculitist követő gyöki kiesési tünetek (elsősorban motoros tünetek)

– etiológiától függetlenül, akut arthritisek következtében kialakult maradványtünetek (kontraktúra, izomatropia, funkcióromlás, -kiesés)

– akut bursitis, periarthritisek humeroscapularis következtében kialakult kontraktúra.

2. *krónikus gyulladásszerű mozgásszervi betegségek* (rheumatoid arthritis, spondylitis ankylopoetica stb.)

– acut shubját követő reziduális funkciókiesés esetén, vagy fokozatos funkcióromlást előidéző lefolyása kapcsán, ha van helyreállítandó ízület vagy izomfunkció és/vagy az alapbetegség súlyossága vagy kísérő tünetei miatt a hospitalizáció elengedhetetlen

3. *mozgásszervi betegek műtéti kezelése* kapcsán részben előkészítő, részben megfelelő időben végzett utókezelő **rehabilitációs program**

– gerincműtétek (discus-hernia műtéti megoldása, spondylodesis, stb.) korai rehabilitációs kezelése, elsősorban komplikációk esetén a reziduális perifériás parézis és késői rehabilitációs kezelése tartós gerincfunkcióromlás, krónikus radiculitis okozta perifériás tünetek esetén.

– synovectomia után, azonnal  
– endoprothesis beültetést követően, indokolt esetben  
– osteotomiák, tenotomiák után.

4. *végtagtraumák, perifériás idegsérülések* következtében kiesett, illetve károsodott *végtagfunkciók* esetén (pl. szalagsérülést követő kontraktúra, traumás idegsérülés okozta mozgáskiesés és izomatropia)

5. *alagút-szindrómák* mozgáskieséssel járó következményei, amennyiben egyéb okok (életkor, közlekedési nehézségek, stb.) miatt ambuláns kezelés nem végezhető.

6. *porotikus csigolyakompresszió* után, a heveny tünetek lezajlását követően a munkaképesség helyreállítsa érdekében.

7. *csípőtáji törések* esetén, ahol egyéb mozgásszervi probléma (pl. ellenoldali kontraktúras térdízület vagy súlyosan mozgáskorlátozott gerinc) a mobilizálást nehezíti.

8. *degeneratív gerinc- és ízületi betegségek* kifejezett mozgásbeszűküléssel járó formái, ahol ambuláns fizioterápia nem oldható meg.

9. *súlyos funkcióromlással járó gerincdeformitások és fejlődési rendellenességek* ( pl. súlyos izominsufficienciával járó scoliosis, gyöki tünetekkel járó spondylolisthesis)

Rehabilitációs osztályra csak olyan

beteg kerülhet, akinek mozgásfunkció-javításra, pótlásra reális esélye van, kezelésének belgyógyászati kontraindikációja nincs, és aki a rehabilitációs terv végrehajtásában aktívan közreműködik.

#### A lakóközösségi szintű reumatológiai rehabilitáció

A WHO ajánlása szerint az alapvető szolgáltatások 70%-ban lakóközösségi szinten megoldhatók, 20%-ban az egészségügyi ellátásban (körzeti szakrendelő-intézetek, kórházak) valósulnak meg és csak 10%-ban szorulnak a rokkantak speciális intézeti ellátásra. ) Magyarországon a Home Care program 1991-ben indult el kísérleti jelleggel, és azóta már számtalan helyen bevezetésre került.

Már az első adatok elemzése során kiderült, hogy a szolgáltatást igénybevevők diagnózis szerinti megoszlásában a krónikus reumatológiai betegek vezetnek 43%-kal, a cerebrovascularis történések (30%), poszttraumás betegek (22%) előtt. Magyarországon a lakóközösségre alapozott rehabilitáció leginkább a Home Care program keretén belül valósul meg, de a szakmai minimumfeltételek sajnos nem mindenütt adottak. A Home Care program nem azonosítható az otthoni ápolás fogalmával. Lényege, hogy az alapellátáshoz csatoltan, jól képzett, multidiszciplináris team segítségével és a költséges kórházi orvoslás helyett a beteg otthonában tervezi és végzi el a gyógyító és rehabilitációs tevékenységet, a szociális gondozással együttműködve jelentős életminőség-javításra képes. A rehabilitációs team tagjai a következők: az orvos, a gyógytornász-fizioterapeuta, ápolónő, foglalkozás-, és ergoterapeuta, szociális munkatárs, ortopéd-műszerész, és a beteg (tágabb értelemben véve: pszichológus, gyógymasszőr).

A rehabilitációs team minden tagjának bizonyos reumatológiai és rehabilitációs ismeretekkel kell rendelkeznie, és jól kell ismerniük egymás kompetenciahatárait.

#### 1. Az orvos

Feladata a reumatológiai beteg mozgásszervi állapotának ismeretében (a reumatológus illetve rehabilitációs szakorvossal történt konzultáció alapján) a gyógytornásszal együtt a rehabilitációs terv felállítása a beteg terhelhetőségét, egyéb betegsége-

it, mentális állapotát, szükségleteit és az elvárásokat is figyelembe véve. Döntő szerepe van a beteg aktív közreműködésének megnyerésében, az előírt gyógyszerelés követésében, a szövődmények felismerésében. Tisztában kell lennie saját kompetenciahatáiraival is, hogy a kellő időben kérjen segítséget a szakorvostól, és döntően a kórházba utalás szükségességéről. Koordinálja és ellenőrzi a beteggel önállóan foglalkozó szakemberek munkáját.

#### 2. A gyógytornász-fizioterapeuta

Szerepe nélkülözhetetlen a reumatológiai rehabilitációban. A beteg funkcionális állapotának felmérése után egyedi kezelési tervet készít a rehabilitációs cél megvalósítására, célzott mozgásterápia alkalmazásával. A gyógytornász célja a mozgásterápia segítségével az ízületi mozgáspálya, izomerő, állóképesség, aerob kapacitás növelése, kontraktúrák oldása.

Fontos szerepe a mindennapi élettevékenységekhez szükséges helyes mozgásminták begyakoroltatása, (amennyiben ergoterapeuta nincs a team-ben) pl. a gerinciskola elemeinek betanítása, a kéz kisízületek védelme a rheumatoid arthritises betegek számára.

A mozgásterápia egyik eleme az ízületvédelem. Az ízületvédelem olyan mozgásfunkciók összessége, melyek során az ízületekre ható károsító erők minimalizálhatók vagy megszüntethetők, valamint az izmok gazdaságos működésével csökkenthető a túlterhelés és a sérülésveszély. Az ízületeket kímélő és a balesetmentes mozgások kivitelezéséhez hasznos segítséget nyújt a lakóközösség illetve a munkahely praktikus kialakítása (pl. balesetmentes környezet, küszöbmentesítés, a fürdőszobában csúszásmentesítés, stb.).

Javaslatot tesz rehabilitációs segéd-eszközök rendelésére, és a felírt eszközök betanításában is részt vesz. Lehetősége van mini-gépparkkal elektrotériás kezeléseket szolgáltatására (pl. szelektív ingeráram-kezelés adása bénult izom kezeléskor, ultrahangkezelés kontraktúra oldására, TENS / transcutan elektrostimuláció/ használata fájdalomcsillapításra stb.).

A mozgásterápia adjuváns kezelésekor alkalmazhatja a krioterápiás beavatkozásokat (kriogel, krioterápia), ha fizioterápiás asszisztens is van a teamben, akkor az elektrote-

rapiás kezeléseket természetesen ő végzi. Szoros kapcsolatot tart fent a team többi tagjával, hogy az elért eredmény tartósítható vagy éppen a kudarc oka kideríthető legyen.

### 3. Ápolónő

A teamben a kapcsolattartás biztos pontja. Ügyel a rehabilitációs terv betartására, feladata az önellátási feladatok begyakoroltatása segédeszköz-használat segítése. Hasznos tanácsokkal látja el a beteget a reumatológiában alkalmazott lokális pakolásokat illetően (Ritex, antiphlogistin pakolás, ischiás pakolás), amelyek a beteg aktív mozgásterápiáját segítik.

### 4. Foglalkozás- és ergoterapeuta

Ma még kevés foglalkozási rehabilitációs szakember működik hazánkban, pedig az ő feladata lenne, hogy a fogyatékos vagy rokkant ember részére segítséget nyújtson ahhoz, hogy megfelelő átképzéssel vagy munkakörülményeinek adaptálásával ismét munkaképesé váljon és ismét a társadalom teljes értékű tagja legyen. A foglalkozás- és ergoterápiás szakember feladata a mindennapi élettevékenységhez szükséges helyes mozgásminták begyakoroltatása is.

### 5. Szociális munkatárs

Tájékoztatót és tanácsot nyújt a beteg számára elérhető szociális és anyagi támogatások ügyében. Segítséget nyújt a beteg otthoni ápolásával, esetleg intézeti elhelyezésével kapcsolatban.

Biztosítja a kapcsolatot az egészségügyi alapellátással és az önkormányzat szakembereivel.

### 6. Ortopéd-műszerész

A rehabilitációs teamben egyre nagyobb szerepet kap az ortopéd-műszerész, aki a megfelelő segédeszköz-ellátást biztosítja. Fontos a funkcionális szemlélet a segédeszköz kiválasztásánál, azaz a beteg igényeinek és képességeinek megfelelő felmérése. A beteg számára több célból rendelünk segédeszközt: a fájdalom enyhítése az ízület túlterhelésének csökkentésével (pl. támbot) a fájdalmas ízület mozgásának csökkentése

(pl. csuklószorító), instabil ízület stabilizálása (pl. térdtok), bizonyos funkció növelése vagy az elveszett funkció pótlása (pl. peroneus-emelő) az ízület optimális helyzetben való rögzítése (pl. éjszakai műanyag sín rheumatoíd arthritises kéz ulnaris deviációjának meggátlására). Fontos, hogy a beteg helyes segédeszköz-használatát az orvos mindig ellenőrizze (a támbotot a tehermentesítő alsó végtaggal ellentétes kézben kell tartani és az ideálisan beállított támaszkodási magasság a combcsont nagytomporával essen egybe). A jó segédeszköztől elvárható, hogy az optimális funkció minimális kényelmetlenség árán legyen elérhető, tartós, esztétikus, egyszerűen kezelhető, karbantartható, és lehetőleg olcsó is legyen. A reumatológiai beteg betegsége során sok különféle segédeszközt szorulhat, és ha a kezelőorvos ezekkel kapcsolatosan hiányos ismeretekkel rendelkezik, komoly segítségtől fosztja meg betegét. Ilyenkor tanácsos rehabilitációs vagy reumatológus szakember segítségét kikérni.

### 7. Pszichológus (pszichiáter)

Közreműködik a betegség tényének elfogadtatásában és a vele együttéléshez és a rehabilitációhoz szükséges motiváció erősítésében. Tekintettel arra, hogy a krónikus mozgásszervi betegségekhez gyakran társul pszichés károsodás (pl. SLE-ben gyakori a depresszió), szükség lehet pszichiáter segítségére is, a gyógyszeres kezelés bevezetésére. Adott esetben fontos lehet a hozzátartozó bevonása is a kezelés során.

### 8. Gyógymasszőr

A különböző masszázstechnikák révén a gyógytornász és az ergoterapeuta munkájának eredményessége növelhető. Valódi rehabilitációról csak akkor beszélhetünk, ha ez a beteg aktív közreműködésével történik.

### A lakóközösségi rehabilitációs program előnyei:

- a rehabilitáció a beteg saját, megszokott mikro környezetében történik
- a beteg egyénre, aktuális problémáira kialakított ellátási formában történik
- a beteg környezetében alakul meg a rehabilitációs team
- a beteg pszichés gondozása jól megoldható
- az egészségügyi és szociális hálózat szoros együttműködését lehet kialakítani.
- költségmegtakarítással jár.

májára kialakított ellátási formában történik

- a beteg környezetében alakul meg a rehabilitációs team

- a beteg pszichés gondozása jól megoldható

- az egészségügyi és szociális hálózat szoros együttműködését lehet kialakítani.

- költségmegtakarítással jár.

A társadalom számára világszerte egyre nagyobb kihívást jelent a mozgásszervi megbetegedések egyre növekvő száma. A kérdés fontosságát támasztja az is alá, hogy 2000-2010-et a Csont és Ízület Évtizedének nyilvánították. A reumatológiai betegek korszerű rehabilitációs ellátása jól képzett szakemberek összehangolt, lelkiismeretes munkájával jöhet létre. Ehhez elengedhetetlen, hogy az alapellátás orvosa is birtokában legyen bizonyos alapvető reumatológiai és rehabilitációs ismereteknek. A szemléletváltozást jelzi, hogy az új háziorvosi rezidensképzési tervnek már ezek is részét képezik.

### Irodalomjegyzék:

1. Fischer E.S., Baron J.A., Malenka D.J. és mtsai: *Hip fracture incidence and mortality in New England Epidemiology.* 1991.2.116-122.
2. Bálint G.: *A reumatológiai betegek rehabilitációja.* Rehabilitáció. 1992.2.4-6.
3. Kőrösfalvi M., Bukosza M.: *A Reumatológiai Szakmai Kollégium és a Rehabilitáció és Szakmai Kollégium közös ajánlása a reumatológiai rehabilitáció feltételrendszerének és minőségének fejlesztésére.* 1996.6/4.33-38.
4. Bálint G.: *A reumatológiai betegségek orvosi és társadalmi jelentősége.* Háziorvos Továbbképző Szemle. 1997.2.80-82.
5. Zahumenszky Z., Tringer L-né.: *A reumatológiai beteg lakóközösségi rehabilitációja.* Háziorvosi Továbbképző Szemle. 1997.2.151-153.
6. Zahumenszky Z.: *Rehabilitáció a reumatológiában.* (in *Reumatológia*, szerk.: Gömör B.) Medicina, Budapest 2001.
7. Gömör B.: *Reumatológia* Medicina, Budapest 2001.
8. Kullmann L.: *A tevékenykedés, fogyatékos és egészség nemzetközi osztályozása.* Orvosi Hetilap 2002.23.1403-1410.
9. Katona F.: *Rehabilitáció és életminőség.* MOTESZ Magazin 2002.4.55-60.

A „HIPOTERÁPIA” Gyógylovaslás és Lovastorna Alapítvány tevékenysége három fő részre osztható: a hipoterápiára, a gyógypedagógiai lovasoltatásra és a fogyatékosok sportlovasoltatására. 1024 Budapest, Keleti Károly u. 6. Telefon/Fax: 438-0164 Honlap: www.hipoteraia.hu E-mail: info@hipoterapia.hu Kérjük, hogy személyi jövedelemadójának 1%-ával támogassa alapítványunkat! Bankszámlaszám: 10200885-32618352