

## ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ, ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА ФІЗИЧНА РЕКРЕАЦІЯ

УДК 616.728.2-053.4:001.8

РУДЕНКО А. М., ЗВІРЯКА О. М.

Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка  
Навчально-науковий інститут фізичної культури

## Аналіз причинно-наслідкових зв'язків дисплазії кульшових суглобів у дітей дошкільного віку

**Анотація. Мета:** проаналізувати та науково обґрунтувати особливості причинно-наслідкових зв'язків дисплазії кульшових суглобів у дітей дошкільного віку. **Матеріал і методи:** аналіз і узагальнення даних науково-методичної літератури, медичних карток, вивчення анамнезу, бесіди та анкетування. **Результати:** встановлено, що при несвоєчасному виявленні та усуненні симптомів дисплазії кульшових суглобів спостерігаються негативні наслідки: обмеження амплітуди рухів у кульшовому суглобі; слабкість м'язів нижньої кінцівки; вальгусні та варусні деформації нижньої кінцівки; збільшення L-лордозу; скошеність кісток тазу; сколіоз; кульгавість. **Висновки:** проаналізовано сучасний стан проблеми дисплазії кульшових суглобів у дітей дошкільного віку. Визначено взаємозв'язок причини і наслідку, який передбачає їх взаємоперехід. Кожне причинно-наслідкове відношення прямо пропорційне і знаходиться у постійній взаємодії: причина впливає на наслідок, але і наслідок активно впливає на причину.

**Ключові слова:** причина, наслідок, дисплазія кульшових суглобів, дошкільний вік.

**Вступ.** Сучасна фізична реабілітація визнає детермінованість всіх патологічних процесів. Детермінація полягає в тому, що зовнішній вплив на організм переломлюється через внутрішні умови його життєдіяльності та спадкові механізми. Системне дослідження причинно-наслідкових зв'язків у процесі виникнення хвороби констатує, що більшість хвороб починає розвиватися на молекулярному рівні і супроводжується змінами ультраструктур клітини. Ці зміни детерміновані зрушеннями у комплексі обмінних процесів всього організму. Характерно, що клітинні органели відповідають на різний вплив стереотипною реакцією. У філософії існує діалектичне поняття причинності, яке визнає взаємозв'язок причинно-наслідкових зв'язків. Кожне причинно-наслідкове відношення прямо пропорційне і знаходиться у постійній взаємодії: причина впливає на наслідок, але і наслідок активно впливає на причину. Причинна взаємодія включає в себе як зовнішній, так і внутрішній зв'язок явищ, які слугують причиною виникнення нових явищ. Таким чином, причина виникнення і розвиток матеріальних утворень міститься в них самих і представляє взаємозв'язок елементів, які їх утворюють. Взаємодія, виступає в ролі причини, що є процесом взаємного впливу тіл, при якому відбувається обмін результатів цього впливу, в силу чого кожне із взаємодіючих явищ окремо не можна визначити як причину. Існує два види причин: перший – причина, як взаємодія речей, елементів, тенденцій; друга – причина, як взаємодія зовнішнього з внутрішнім. Розуміння причини за другим видом особливо важливе для медико-біологічних досліджень: зміни органічних систем залежать від природи організму і природи оточуючих умов; захворювання залежить не тільки від характеру зовнішніх взаємодій (фізичного, хімічного, біологічного), але і в рівному ступені від внутрішнього стану організму (імунітет, вік, стать, конституція) [10].

Філософський аналіз причинності - складне питання, над розв'язанням якого філософи розмірковували впродовж тисячоліть. У західній філософії питання причинності досліджував ще Аристотель, і дотепер

його досліджують у сучасних філософських журналах [11].

Причинно-наслідковий зв'язок має свої особливості, завдяки чому його можна виявити й дослідити. Одним з них є певне слідування явищ у часі: причина передуює наслідку. Це визначається тим, що між причиною і наслідком існує «генетичний» зв'язок. На певному рівні розвитку причина породжує наслідок. Проте не можна вважати, що причинно-наслідковий зв'язок устанавлюється лише на основі послідовності явищ у часі.

Взаємозв'язок причини і наслідку передбачає їх взаємоперехід, оскільки в ході загального розвитку причина може виступати як наслідок попереднього (того, що його породило) явища, а наслідок є причиною, яка породжує інші дії. Поняття «наслідок» – це те, що виходить, впливає з чого-небудь, результат [9]. Наслідок – це зворотна реакція організму, яка формується як синтез зовнішнього і внутрішнього. Аналізуючи сутність цього поняття, ми усвідомлюємо, що наслідки захворювань не виникають самостійно і без будь-яких причин, у нашому випадку їм передуює безліч клінічних ознак і симптомів.

Проблема наслідків захворювань опорно-рухового апарату займає провідне місце у сучасній дитячій ортопедії і травматології, і все частіше привертає увагу фахівців різного профілю. Серед деформацій опорно-рухового апарату найбільш розповсюдженою є дисплазія кульшового суглобу (ДКС), яка за статистичними даними, в Україні виявляється у 50–100 випадках із 1000 новонароджених [3]. ДКС за несвоєчасного виявлення та лікування в ранньому дитячому віці прогресує і призводить до негативних наслідків, які починають проявлятися вже у дітей дошкільного віку. Їх усунення, лікування, профілактика або зменшення їх проявів потребує правильно підібраного тривалого курсу реабілітації, що можливо лише за умови чіткого визначення симптомів і наслідків цього захворювання.

**Зв'язок дослідження з науковими програмами, планами, темами.** Робота виконана згідно з планом науково-дослідної роботи ННІФК Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка МОН України на 2007–2011 рр. за

[dx.doi.org/10.15391/snsv.2015-6.028](https://doi.org/10.15391/snsv.2015-6.028)

© РУДЕНКО А. М., ЗВІРЯКА О. М., 2015



темою «Теоретико-методологічні та організаційно-методичні проблеми здоров'я, фізичної реабілітації та корекційної педагогіки» (номер державної реєстрації 0107U002826) та за темою «Підвищення рівня здоров'я та фізичної підготовленості різних груп населення засобами фізичної культури» (номер державної реєстрації 01111U005736) на 2011–2015 рр.

**Мета дослідження:** проаналізувати та науково обґрунтувати особливості причинно-наслідкових зв'язків дисплазії кульшових суглобів у дітей дошкільного віку.

**Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати науково-методичну літературу щодо сучасного стану проблеми дисплазії кульшових суглобів у дітей.

2. Систематизувати та узагальнити анамнез і клінічні прояви симптомів дисплазії кульшових суглобів у дітей.

3. Охарактеризувати наслідки дисплазії кульшових суглобів у дітей дошкільного віку.

**Матеріал і методи дослідження:** аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури, медичних карток; бесіди; анкетування.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Схильність до дисплазії кульшових суглобів, за даними Б. І. Сіменача (2005), І. В. Позднікіна (2006), О. І. Королькова (2006), успадковується в основному за полігенним типом, а утворення вивиху стегна залежить від багатьох ендогенних та екзогенних факторів. Родинні обстеження констатують наявність не тільки вродженого вивиху стегна, але і інших захворювань кульшового суглоба (КС), виникнення яких часто пов'язане з його недорозвитком (хвороба Пертеса, остеоартрит, вальгусні або варусні дефекти), а також наявність «сімейного» розслаблення капсули суглобів [1; 2; 5]. Існує концепція про «відносну незрілість тканин і диспропорцію дозрівання», які можуть бути причиною розвитку патологічних станів КС. В якості етіологічних факторів, які призводять до відхилень у нормально-

му розвитку КС і оточуючих м'язів, називають ваду їх первинної закладки під час внутрішньоутробного розвитку (порушення метаболізму, гіпоксія, тиреотоксикоз, гормональна недостатність). Механічна теорія виникнення дисплазії пояснюється неправильною позицією плода в матці, підвищеним тонусом її стінок, маловоддям, що порушує внутрішній тиск суглобових кінців [8]. Серед основних чинників постнатального періоду виділяють тісне сповивання, гіпофункцію щитовидної залози, слабкість сумково-зв'язкового апарату, останній обумовлений конституційно [3; 7].

Аналіз останніх досліджень і публікацій свідчить про те, що несвоєчасний, а також віддалений процес лікування ДКС сприяє численним її ускладненням, які починають проявлятися вже у дошкільному віці, а в подальшому стають причиною дегенеративно-дистрофічних змін КС і, як наслідок, інвалідизації хворого. Значний внесок у лікування, відновлення та профілактику порушень розвитку опорно-рухового апарату внесли такі науковці, як О. Д. Дубогай (2001), І. В. Рой (2009), Ю. О. Лянной (2011), Ю. М. Корж (2013).

І. А. Норкін (2000), І. В. Позднікін (2002), Н. Х. Бахтеєва (2003), С. С. Кувін (2004), О. А. Соколовський, S. L. Weinstein (1999), P. D. Pizzutillo (2000) вказують на те, що анатомо-функціональні і трофічні порушення у КС без адекватного лікування прогресують під час росту дитини й призводять до складних структурних змін у суглобі, викликаючи порушення функції опори і руху, при цьому змінюється положення тазу, виникає викривлення хребта та багато інших наслідків у підлітків та дорослих.

Недорозвинення анатомічних структур, слабкість суглобово-зв'язкового апарату, які залишаються до початку ходьби дитини, навіть при своєчасному лікуванні в 5–20% випадків не сприяють стабільному утриманню голівки стегна у вертлюжній западині і в 60% випадків нестабільність поєднується з ушкодженнями елементів суглоба, а також ішемічними

Порівняльна таблиця симптомів і наслідків ДКС у процесі онтогенезу

Класифікація ДКС	Симптоми (0–3 років)	Наслідки (3–6 років)
Предзвих стегна	<ul style="list-style-type: none"> <li>– обмежене відведення стегна;</li> <li>– асиметрія шкірних складок (сідничних і стегнових)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– обмеження амплітуди рухів у кульшовому суглобі;</li> <li>– слабкість м'язів нижньої кінцівки;</li> <li>– асиметрична постава</li> </ul>
Підзвих стегна	<ul style="list-style-type: none"> <li>– симптом зісковзування або симптом «кляцання»;</li> <li>– зовнішня ротація кінцівки;</li> <li>– позитивний симптом Дюшена-Тренделенбурга;</li> <li>– вкорочення нижньої кінцівки</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– слабкість м'язів нижньої кінцівки;</li> <li>– обмеження амплітуди рухів у кульшовому суглобі;</li> <li>– вальгусна або варусна деформація нижніх кінцівок;</li> <li>– збільшення L-лордозу;</li> <li>– скошеність кісток тазу;</li> <li>– сколіоз</li> </ul>
Звих стегна	<ul style="list-style-type: none"> <li>– відносне вкорочення нижньої кінцівки;</li> <li>– позитивний симптом Дюшена-Тренделенбурга;</li> <li>– пізній початок ходьби</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– слабкість м'язів нижньої кінцівки;</li> <li>– обмеження амплітуди рухів у кульшовому суглобі;</li> <li>– вальгусна або варусна деформація нижніх кінцівок;</li> <li>– скошеність кісток тазу;</li> <li>– збільшення L-лордозу;</li> <li>– кульгавість;</li> <li>– сколіоз</li> </ul>

порушеннями внаслідок використання неефективних (неадекватних) ортопедичних і відновлювальних методів лікування (А. З. Бовтунова, 2000; В. М. Крестьяшин, О. Ю. Литенецкая, 2003; А. М. Волков, В. В. Попов, 2004; А. В. Ганькин, 2007; S. Suzuki, 1999; N. Feller, 2000).

Не завжди клінічна симптоматика ДКС є чітко вираженою, переважна їх більшість спостерігається як разом, так і частково. Для встановлення правильного діагнозу і ступеня дисплазії додатково призначають рентгенодіагностику. Знання симптомів є важливою складовою попередження подальших наслідків, а також їх прогресування (табл.).

У таблиці показано, що за несвоєчасно виявлених симптомів, а саме у віці від народження до трьох років, ДКС має негативні наслідки, які супроводжуються різними дегенеративно-дистрофічними змінами опорно-рухового апарату.

При ДКС істотно змінюється амплітуда рухів у КС. Вимірювання амплітуди рухів у КС проводять навколо трьох взаємно перпендикулярних осей. У дітей вимірюють пасивні рухи, так як обсяг пасивних рухів при ДКС дає найбільш повне уявлення про стан рухливості суглобу, а випадання функції м'язів при дисплазії не спостерігається. Якщо рухи у КС обмежені через згинальні контрактури, то залишковий об'єм рухів вимірюється тільки після усунення лордозу. Амплітуда рухів у сагітальній площині, як при звичу стегна, так і при підвивиху, не зазнає значних змін, але при високих звихах у дітей більш старшого віку має місце згинальна контрактура у суглобі. Відведення при ДКС завжди обмежене. Величина обмеження відведення залежить від ступеня зміщення голівки стегна і від укорочення привідних м'язів. Обмеження відведення, на відміну від інших видів руху, у КС спостерігається у різних вікових групах і може спостерігатися навіть у дуже маленьких дітей.

При вродженому звиху стегна відбувається збільшення амплітуди ротаційних рухів за рахунок зовнішньої ротації. Навпаки, при вродженому підвивиху стегна у половини дітей надмірна амплітуда ротаційних рухів відбувається за рахунок збільшення внутрішньої ротації. При цьому у дітей молодшого віку внутрішня ротація при зігнутому кульшовому і колінному суглобах може досягати 70–90°. З віком дитини амплітуда ротаційних рухів при підвивиху зменшується [4].

Слабкість м'язів нижньої кінцівки помітна при проведенні симптому Дюшена-Тренделенбурга, який свідчить про гіпотрофію сідничних м'язів, і є ознакою ДКС. У нормі при опорі на здорову кінцівку сідниця іншого боку припіднімається. У разі ДКС при опорі на уражену кінцівку сідниця іншої сторони опускається, незалежно від того, чи є ДКС на цій стороні. Цей симптом є відображенням стану сідничних м'язів кінцівки на тій же стороні. При стоянні на ураженій нозі тулуб нахилиється для утримання рівноваги в ту саму сторону, але сідничні м'язи не здатні приблизити свої точки прикріплення (великий вертлюг і гребінь клубової кістки). Протилежна половина тазу під вагою тулуба опускається (позитивний симптом – опущеної сідниці) [4; 6]. З віком у дітей з підвивихами цей симптом більш виражений.

При вальгусній деформації нижніх кінцівок основні зміни відбуваються у колінному суглобі і характеризуються нерівномірним розвитком виростків стегнової

кістки (швидше зростання внутрішніх виростків, чим зовнішніх), що призводить до того, що суглобова щілина стає ширшою всередині і вузкою ззовні. Зв'язки, які зміцнюють суглоб, розтягуються, особливо з внутрішньої сторони, коліно втрачає свою стабільність. Гомілка відхиляється назовні, у важких випадках може бути викривлення кісток гомілки опуклістю всередину. У таких дітей відбувається перерозгинання ніг в колінних суглобах у сагітальній площині. Ця деформація поєднується з плоско-вальгусними стопами. Викривлення ніг з'являється найчастіше через деякий час після того, як дитина встала на ноги і почала ходити. Особливо часто це відбувається, якщо малюк встав на ноги завчасно, якщо він багато стояв, але мало повзав. Це пояснюється слабкістю, недорозвиненістю його м'язово-зв'язкового апарату і надмірним навантаженням на нижні кінцівки.

При варусній деформації нижніх кінцівок відбувається нерівномірний розвиток колінного суглоба. Збільшення зовнішнього виростка стегнової кістки і зменшення внутрішнього приводить до здавлення внутрішнього меніска, суглобова щілина стає ширшою із зовнішньої сторони і вузькою з внутрішньої. Розтягуються зв'язки, які зміцнюють колінний суглоб, особливо із зовнішньої сторони. Кістки гомілки часто викривлені опуклістю назовні. У такої дитини відбувається неповне розгинання ніг у сагітальній площині. У важких випадках відбувається ротація стегна назовні, а нижньої третини гомілки всередину.

Скошеність кісток тазу відбувається через вкорочення кінцівки, яке в свою чергу призводить до нахилу тазу вперед і скошеності його в уражену сторону. Це в свою чергу сприяє збільшенню лордозу у поперековому відділі хребта і виникненню сколіозу. Через вкорочення кінцівки, біль, контрактуру у КС виникає кульгавість. Вона обумовлюється вкороченням шийки стегна, легким підвивихом стегна і слабкістю сідничних м'язів. Одночасно кульгання зумовлене бажанням дитини швидше розвантажити при ходьбі хвору кінцівку та скорегувати анталгічну контрактуру КС.

**Висновки.** Проаналізовано сучасний стан проблеми ДКС у дітей дошкільного віку. Системними дослідженнями причинно-наслідкових зв'язків доведено, що ДКС починає розвиватися на молекулярному рівні та супроводжується змінами ультраструктур клітини. Визначено взаємозв'язок причини та наслідку, який передбачає їх взаємоперехід. Кожне причинно-наслідкове відношення прямо пропорційне і знаходиться у постійній взаємодії: причина впливає на наслідок, але і наслідок активно впливає на причину.

Систематизовано та узагальнено анамнез хворих, а також вивчено прояви клінічної симптоматики ДКС у дітей. На основі аналізу симптоматики було виокремлено наступні наслідки, які виникають при ДКС: обмеження амплітуди рухів у кульшовому суглобі; слабкість м'язів нижньої кінцівки; вальгусні та варусні деформації нижньої кінцівки; збільшення L-лордозу; скошеність кісток тазу; сколіоз; кульгавість.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у розробці програми фізичної реабілітації для дітей дошкільного віку з урахуванням особливостей наслідків, які виникають у результаті невчасного і некоректного підбраного лікування ДКС в умовах спеціальних дошкільних навчальних закладів.

**Список використаної літератури:**

1. Ахтямов И. Ф. Хирургическое лечение дисплазии тазобедренного сустава / И. Ф. Ахтямов, О. А. Соколовский. – Казань : Центр оперативной печати, 2008. – 371 с.
2. Виленский В. Я. Диагностика и функциональное лечение врожденного вывиха бедра / В. Я. Виленский. – М. : Медицина, 2005. – 162 с.
3. Вовченко А. Я. К вопросу о банальной оценке факторов риска нарушения формирования тазобедренного сустава у новорожденных и детей первого года жизни / А. Я. Вовченко // Вісник ортопедії, травматології та протезування. – 2010. – № 2. – с. 50–53.
4. Джалилов А. П. Ранняя диагностика и лечение врожденного вывиха бедра / А. П. Джалилов, Х. А. Расулов. – Ташкент : 2005. – 86 с.
5. Джалилов А. П. Причины возникновения дисплазии тазобедренного сустава и ее ранняя диагностика / А. П. Джалилов, М. Н. Буриев // Проблемы биологии и медицины. – 2002. – № 3. – С. 46–48.
6. Ерекешов А. Е. Врожденный вывих бедра у детей. Монография / А. Е. Ерекешов, А. А. Разумов. – Астана, 2004. – 183 с.
7. Кабацій М. С. Визначення ступеня зрілості кульшових суглобів при вродженій дисплазії у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку / М. С. Кабацій, Д. М. Мороз // XIV з'їзд ортопедів-травматологів України : тези доп. – Одеса, 2006. – С. 188.
8. Куценко Я. Б. Врожденная дисплазия тазобедренного сустава. Врожденные подвывихи и вывихи бедра / Я. Б. Куценко, Э. А. Рулла, В. В. Мельник. – К. : Здоров'я 1992. – 184 с.
9. Словник української мови в 11 тт. / АНУРСР. Інститут мовознавства; за ред. І. К. Білодіда. – К. : Наукова думка, 1974. – 1980. – Т. 5. – с. 192.
10. Сусликов В. Л. Философский анализ причинно-следственных связей процесса «здоровье – болезнь» / В. Л. Сусликов, Н. В. Толмачева // Вестник Чувашского университета. – 2011. – № 1. – с. 160–167.
11. Філософський словник / за ред. В. І. Шинкарука. – 2-ге вид., перероб. і доп. – К. : голов. ред. УРЕ, 1986. – 298 с.

Стаття надійшла до редакції: 10.11.2015 р.

Опубліковано: 30.12.2015 р.

**Аннотация. Руденко А. Н., Звиряка А. Н. Анализ причинно-следственных связей дисплазии тазобедренных суставов у детей дошкольного возраста. Цель:** проанализировать и научно обосновать особенности причинно-следственных связей дисплазии тазобедренных суставов у детей дошкольного возраста. **Материал и методы:** анализ и обобщение данных научно-методической литературы, медицинских карт, изучение анамнеза, беседы и анкетирование. **Результаты:** установлено, что при несвоевременном выявлении и устранении симптомов дисплазии тазобедренных суставов наблюдаются негативные последствия: ограничение амплитуды движений в тазобедренном суставе; слабость мышц нижней конечности; вальгусные и варусные деформации нижней конечности; увеличение L-лордоза; перекося костей таза; сколиоз; хромота. **Выводы:** проанализировано современное состояние проблемы дисплазии тазобедренных суставов детей дошкольного возраста. Определена взаимосвязь причины и последствия, которая предусматривает их взаимопереход. Каждое причинно-следственное отношение прямо пропорционально и находится в постоянном взаимодействии: причина влияет на последствие, но и последствие активно влияет на причину.

**Ключевые слова:** причина, последствие, дисплазия тазобедренных суставов, дошкольный возраст.

**Abstract. Rudenko A., Zviriyaka O. Analysis of cause-effect relationship of hip dysplasia in pre-school children.**

**Purpose:** to analyze and scientifically substantiate peculiarities of cause-effect relationship of hip dysplasia in pre-school children. **Material and Methods:** analysis and systematization of scientific and methodological literature, medical histories, anamneses, interviews and questionings. **Results:** it is specified that failure to timely identify and eliminate the symptoms of hip dysplasia in pre-school children leads to negative consequences, namely limited amplitude of hip joint movements; lower limb muscle weakness; valgus and varus deformations of lower limb; increasing of L-lordosis; skewness of hip bones; scoliosis; claudication. **Conclusions:** the modern state of the problem of hip dysplasia in pre-school children is analyzed. The cause-effect relationship is defined, their mutual transition is projected. All cause-effect relationships are in direct proportion and in constant interaction: the cause forms effect and the effect influences the cause.

**Keywords:** cause, effect, hip dysplasia, pre-school age.

**References:**

1. Akhtyamov I. F., Sokolovskiy O. A. Khirurgicheskoye lecheniye displazii tazobedrennogo sustava [Surgical treatment of hip dysplasia], Kazan, 2008, 371 p. (rus)
2. Vilenskiy V. Ya. Diagnostika i funktsionalnoye lecheniye vrozhdennogo vyvikh bedra [Diagnosis and functional treatment of congenital hip dislocation], Moscow, 2005, 162 p. (rus)
3. Vovchenko A. Ya. Visnik ortopedii, travmatologii ta protezuvannya [Journal of orthopedics, traumatology and prosthetics], 2010, vol. 2, p. 50–53. (rus)
4. Dzhaliyov A. P., Rasulov Kh. A. Rannyya diagnostika i lecheniye vrozhdennogo vyvikh bedra [Early diagnosis and treatment of congenital hip dislocation], Tashkent : 2005, 86 p. (rus)
5. Dzhaliyov A. P., Buriyev M. N. Problemy biologii i meditsiny [Problems of Biology and Medicine], 2002, vol. 3, p. 46–48. (rus)
6. Yerekeshov A. Ye, Razumov A. A. Vrozhdenny vyvikh bedra u detey. Monografiya [Congenital dislocation of the hip in children], Astana, 2004, 183 p. (rus)
7. Kabatsiy M. S., Moroz D. M. XIV z'izd ortopediv-travmatologiv Ukraini [XIV Congress of orthopedic trauma Ukraine], Odesa, 2006, p. 188. (ukr)
8. Kutsenok Ya. B., Rulla E. A., Melnik V. V. Vrozhdennaya displaziya tazobedrennogostava. Vrozhdennyye podvyvikh i vyvikh bedra [Congenital dysplasia tazobedrennogostava. Congenital subluxation and dislocation of the hip], Kyiv, 1992, 184 p. (rus)
9. Bilodid I. K. Slovník ukraínskoi movi v 11 tt. [Dictionnaire Ukrainian Language in the 11th ], Kyiv, 1974, 1980, T. 5, p. 192. (ukr)
10. Suslikov V. L., Tolmacheva N. V. Vestnik Chuvashskogo universiteta [Bulletin of Chuvash University], 2011, vol. 1, p. 160–167. (rus)
11. Shinkaruk V. I. Filosofskiy slovník [Philosophical Dictionary], Kyiv, 1986, 298 p. (ukr)

Received: 10.11.2015.

Published: 30.12.2015.

