
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

**Державне підприємство “Український науково-
дослідний інститут морської медицини”**

**Державний департамент морського і річного транспорту
України**

**Професійна спілка робітників морського транспорту
України**

Фонд морської медицини

ВІСНИК

МОРСЬКОЇ МЕДИЦИНИ

Науково-практичний журнал
Виходить 4 рази на рік

Заснований в 1997 році. Журнал є фаховим виданням для публікації основних
результатів дисертаційних робіт у галузі медичних наук (Бюлетень ВАК України від
9 червня 1997р. №4)

Зареєстрований в Міністерстві інформації України
Свідоцтво серія КВ № 2830

№ 2 (29)
(квітень - червень)

Одеса 2005

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **А.О. Лобенко**

В.Г.Руденко(заступник головного редактора), Н.А. Мацегора (відповідальний секретар) О.Г. Андрієвський, О.К. Асмолов, Є. П. Белобров, В.Ю. Волянський, В.О.Васильєв, О.І.Верба, Ю.І.Гульченко, Б.С.Запорожченко, О.М.Ігнат'єв, В.О.Лісобеї, Т.П.Опаріна..

РЕДАКЦІЙНА РАДА

П.В.Волошин (Харків), М.І. Голубятников (Львівський), Є.М.Горбань (Київ), С.О.Гуляр (Київ), В.М.Запорожан (Одеса), М.Ф.Ізмеров (Москва), Н.К. Казимирко (Луганськ), М.О.Корж (Харків), Н.Н.Корпан (Австрія, Відень), В.Й.Кресюн (Одеса), Ю.І.Кундієв (Київ), М.В.Курик (Київ), І.І.Кутько (Харків), М.В.Лобода (Київ), В.В.Поворознюк (Київ), М.Д.Тронько (Київ), М.І.Хвисяк (Харків), Чайковський Ю.Б. (Київ), О.О.Шалімов (Київ), О.А.Шандра (Одеса).

Адреса редакції

65110, ДП “УкрНДІ морської медицини”
м. Одеса, вул. Маловського, 8
Телефон/факс : (0482) 721-62-23

Редактор Н.І. Єфременко

Здано до набору р.. Підписано до друку р.. Формат 70×108/16
Папір офсетний № 2. Друк офсетний. Умов.-друк.арк. .
Зам №

ISSN 0049-6804

©Міністерство охорони здоров'я України, 1999
©Державне підприємство “Український науково-дослідний інститут морської медицини” , 1999
©Державний департамент морського і річкового транспорту України, 1999
©Професійна спілка робітників морського транспорту України, 1999
©Фонд морської медицини, 1999

Шаповал М. В., Горячев П. І.
**ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА РОЗВИТКОМ ДІТЕЙ, ЩО
НАРОДИЛИСЯ ВІД МАТЕРІВ З НАРКОМАНІЯМИ У ПІВДЕННОМУ
РЕГІОНІ УКРАЇНИ**

Одеський державний медичний університет.

Вступ. За думкою багатьох дослідників особливістю багатьох психічних захворювань у дітей раннього віку, що народилися від матерів з наркоманіями являється позачерговість, рудиментарність симптоматики в силу незрілості психіки, часте поєднання психопатологічних і неврологічних симптомів, тяжкість виділення головної патології [3,6,7,10,12]. Період від 0 до 3 років відноситься до етапу переважно сомато-вегетативного рівня реагування, коли на травмуючі фактори організму дитина відповідає частіше розладом вегетативних функцій (порушенням зміни сну і бадьорості, апетиту і функції травлення, підвищеної вегетативної і моторної збудливості), тісно пов'язаними з ними порушеннями інстинктивних проявів (зниженням або підвищенням потягів, страх перед новим, побоювання контактів з навколишнім середовищем) і обумовлені ними патологічними формами поведінки [2,4,5,8,9,11]. В зв'язку з викладеним, ми проводили діагностику психопатологічних розладів переважно на синдромальному рівні і лише в беззаперечних випадках ставили нозологічний діагноз.

Метою роботи було вивчення особливостей нервово-психічного розвитку дітей, народжених від матерів з наркоманіями.

Матеріали та методи дослідження. Нами було проведено порівняльне клініко-діагностичне дослідження 100 дітей віком від 0 до 3-х років, котрі народилися та виховувались в умовах дитячого будинку при Чорноморській виправній колонії (ЧВК)-74, (48 - дітей, від хворих наркоманіями матерів, 52 – дітей від матерів без ознак наркоманії).

Для визначення рівня психічного розвитку дітей використовувалась методика скрінінг-дослідження [6], яка дозволяє обчислити коефіцієнт психічного розвитку дитини (КПР), котрий окрім загальної кількісної характеристики власне інтелектуального рівня дитини від 0 до 3-х років включає і інші особливості його психічного розвитку, стан психомоторики, особливості поведінки, які залежать від початкового досвіду та певних індивідуальних рис (індивідуально-соціальна поведінка по Гезеллу, форми та особливості комунікабельності, характер діяльності дитини). Даний коефіцієнт дозволив оцінити не лише інтелектуальні але й власні особистості дитини, починаючи з перших місяців життя. КПР обчислювався по 100-бальній шкалі. Даний показник представляє відношення розумового віку дитини, обчисленого за результатами тестування, до його паспортного віку, що дозволяє робити висновки не лише про психічний розвиток дитини, але й порівнювати між собою дітей різного віку.

Результати дослідження та їх обговорення. Розвиток 12 (25,0±6,25%) дітей із основної і 40 (76,92±5,84%) із контрольної груп відбувався у відповідності з віковими нормами [3,4] (табл. 3). До року діти самостійно ходили, пили з чашки, виконували елементарні завдання, говорили біля 10 простих слів проводили різноманітні копіювальні дії, розуміли значення слова "не можна". На другому році життя вільно ходили по горизонтальній і похилій поверхні, проводили цілеспрямовані дії з предметами), розрізняли предмети за розміром, запас слів збільшувався до декількох десятків, з'являлась фраза із 3-4 слів. Діти відповідали на прості запитання і самі задавали питання "Що це?". З'являлись початкові навички самообслуговування. Від 2 до 3 років діти в основному починали володіти навичками самообслуговування, вміли самостійно вдягатись, вміли мити і витирати руки, самостійно їсти, приймали

участь в колективних іграх однолітків, домовляючись про свою діяльність з другими дітьми, могли організувати сюжетну гру і гру з перевтіленням. Словник дітей до 3 років збільшувався до 1200-1500 слів, які включали всі частини мови, крім прикметника та дієприкметника, була досить розвернена фразова мова, діти задавали питання "навіщо?", "чому?". Були сформовані поняття кольорів (червоний, жовтий, зелений, синій) і кількість предметів (один, два, багато, більше, менше). Діти розуміли суть таких понять як "добре" і "погано". У здорових дітей вже на першому і другому році життя можна було виявити деякі рудиментарні особисті відмінності, такі як підвищене гальмування, черезмірна прив'язаність до певних людей, які їх доглядали, пасивне підкорення в незнайомому оточенні, тривожність і боязливність, експозивність. Однак ці прояви не виходили за рамки нормального реагування, мали психологічно зрозумілі зв'язки і були адекватні по відношенню до викликаной ними реакції. На відміну від нормативного розвитку з відмічаними у дітей 2-4 років "віковим кризом", ні у однієї дитини з обстежених в дитячому будинку при ЧВК не спостерігались ознаки першого "вікового кризу", такі як виділення особистого "я", розвитку самостійності. Діти майже не використовували займенника "я", говорили про себе в 3-й особі, не намагались до самостійного виконання яких-небудь дій. Це явище відповідає описаному в літературі деякому відставанні в розвитку дітей із дитячих будинків [5].

Таблиця 1

Частота виявлення патологічних синдромів у досліджених дітей у віці від 1 до 3 років (абс.ч., %)

| Синдроми | Групи досліджених дітей | | | | P |
|---------------------------------------|-------------------------|--------------|--------------------|---------------|----------|
| | Основна (n = 32) | | Контрольна (n= 23) | | |
| | абс.ч. | % | абс.ч. | % | |
| Гіпердинамічний синдром | 22 | 68,75 ± 8,19 | 7 | 30,04 ± 9,77 | p < 0,05 |
| Синдром невротатії | 15 | 46,87 ± 8,82 | 9 | 39,13 ± 10,40 | p > 0,05 |
| Церебрастенічний синдром | 11 | 34,37 ± 8,39 | 4 | 17,39 ± 8,08 | p > 0,05 |
| Гіпертензійно-гідроцефальний синдром | 5 | 15,62 ± 6,42 | 3 | 13,04 ± 7,18 | P >,05 |
| Синдром афективних розладів | 29 | 90,62 ± 5,15 | 13 | 56,52 ± 10,57 | p < 0,05 |
| Синдром порушення потягів | 5 | 15,62 ± 6,42 | - | - | p < 0,05 |
| Синдром інтелектуальної недостатності | 7 | 21,87 ± 7,31 | 3 | 13,04 ± 7,18 | p > 0,05 |
| Судомні синдроми | 3 | 9,37 ± 5,15 | - | - | p > 0,05 |
| Синдроми рухових порушень | 5 | 15,62 ± 6,42 | 3 | 13,04 ± 7,18 | p > 0,05 |
| Синдром порушення розвитку мови | 11 | 34,37 ± 8,39 | 4 | 17,39 ± 8,08 | p > 0,05 |

Неспецифічна затримка психічного розвитку зустрічалась у дітей основної групи у 2 рази частіше, ніж у дітей контрольної групи (18,75±5,63% та 9,61±4,08% відповідно). У дітей були відсутні будь-які патологічні синдроми. Затримка розвитку була обумовлена незрілістю, яка захоплювала всі сфери діяльності дитини. Діти проходили етапи вікового розвитку з деяким запізненням (в середньому 2,5 міс) в порівнянні з віковими нормами, що могло бути обумовлено як індивідуальними особливостями процесів розвитку, так і впливом фактору перебування в будинку дитини ("фактору госпіталізма"). У дітей відмічалась підвищена емоційна живість, нестійкість, переважання мотиву отримання задоволення, надмірна прив'язаність до певних людей, які доглядали за ними, боязливність всього нового. Діти відрізнялись

відсутністю ініціативи, пасивно виконували всі завдання, підкорялись більш активним дітям. Активна увага у таких дітей відрізнялась підвищеною нестійкістю. Ігрова діяльність носила примітивний характер з частою зміною іграшок і видів ігор із однотипністю ігрових сюжетів.

Частота окремих патологічних синдромів у досліджених дітей у віці від 1 до 3 років представлена в таблиці 1.

Достовірно частіше в основній групі представлені: гіпердинамічний синдром ($68,75 \pm 8,19\%$), синдроми афективних розладів ($90,62 \pm 5,15\%$), синдроми порушення потягів ($15,62 \pm 6,42\%$) і судомні синдроми ($9,37 \pm 5,15\%$).

Діти основної і контрольної груп хворіли соматичними захворюваннями однаково часто (табл.2).

Таблиця 2.

Розподілення дітей, які хворіли соматичними захворюваннями по рокам життя (абс.ч., %)

| Рік життя | Кількість дітей, які хворіли соматичними захворюваннями | | | | P |
|-----------|---|------------------|---------------------|------------------|------------|
| | Основна (n = 48) | | Контрольна (n = 52) | | |
| | абс.ч | % | абс.ч | % | |
| 1-й | 39 | $81,25 \pm 5,63$ | 41 | $78,85 \pm 5,66$ | $p > 0,05$ |
| 2-й | 42 | $87,50 \pm 4,77$ | 45 | $86,54 \pm 4,73$ | $p > 0,05$ |
| 3-й | 35 | $72,92 \pm 6,41$ | 40 | $76,92 \pm 5,84$ | $p > 0,05$ |

Із таблиці видно, що більша кількість дітей перенесли соматичні захворювання тієї або іншої тяжкості за період динамічного спостереження. Так, у 11 ($34,37 \pm 8,39\%$) дітей із основної групи і 4 ($17,39 \pm 8,08\%$) дітей із контрольної групи після перенесених соматичних захворювань спостерігався церебрастенічний синдром різної тривалості та тяжкості.

Самим розповсюдженим серед психопатологічних синдромів у досліджених дітей були афективні розлади - у 29 ($90,62 \pm 5,15\%$) дітей із основної групи і 13 ($56,52 \pm 10,57\%$) дітей із контрольної групи. Досить рідко (у 3 дітей із основної групи і 1 дитини із контрольної групи) афективні розлади носили характер рудиментарної атипічної депресії і лише в 1 випадку у дитини із основної групи можна було передбачити наявність гіпоманіакального стану.

На другому місці за частотою серед дітей основної групи ($68,75 \pm 8,19\%$) і на третьому-серед дітей контрольної групи ($30,04 \pm 9,77\%$) знаходився гіпердинамічний синдром.

Однаково часто серед дітей основної ($15,62 \pm 8,82\%$) та контрольної ($9,37 \pm 10,40\%$) груп зустрічався синдром невротії або "врожденної дитячої нервозності".

Синдром невротії у досліджених дітей був пов'язаний з синдромом вегетативно-вісцеральних дисфункцій у цих же дітей до 1 року і являвся результатом його розвитку

Майже в рівній степені були представлені синдроми порушення розвитку мови ($34,37 \pm 8,39\%$ та $17,39 \pm 8,08\%$ відповідно). Найбільш тяжкі розлади мови спостерігались у дітей з вираженими враженнями ЦНС - мікроцефалією (1 дитина) та резидуальною епілепсією (1 дитина).

Деяко більша різниця, але не доходить до рівня достовірних відмінностей в розповсюдженості серед дітей основної та контрольної груп церебрастенічного синдрому ($34,37 \pm 8,39\%$ і $17,39 \pm 8,08\%$ відповідно). У всіх випадках церебрастенічний синдром являвся наслідком внутрішньоутробних, перинатальних і перенесених в більш ранньому, ніж період спостереження, ураження мозку різної природи (механічної, інфекційної, токсичної).

У 7 (21,87±7,31%) дітей із основної групи і 3 (13,04±7,18%) дитини із контрольної групи мали синдром інтелектуальної недостатності за шкалою КПП за методикою скринінг-дослідження для визначення психічного розвитку дітей раннього віку [6] і набрали від 66 до 88 балів, тобто входили в діапазон розумово відставших. [3,5,6]. У досліджених нами дітей недостатність мислення проявлялась в недорозвитку таких функцій, які являлись першими ступенями абстрактного пізнання. До 1 року у 2 із 7 дітей з синдромами інтелектуальної недостатності із основної групи вже були ознаки вродженого або рано набутого недоумства і діагностувалась тяжка ступінь тотальної специфічної затримки розвитку. У останніх дітей була визначена тотальна специфічна затримка розвитку середньої тяжкості. Від 1 до 3 років діти довго оволодівали навичками самообслуговування, не проявляли цікавості до навколишніх предметів та явищ, що були характерні здоровим дітям.

Суттєву роль в структурі синдрому інтелектуальної недостатності у дітей мали порушення розвитку мови. Мова була елементарна, фонетично зміненою і значно відставала в строках розвитку.

У 2 дітей з гіперкінетичною формою дитячого церебрального паралічу (діти із основної групи) в структурі інтелектуальні недостатності головне місце займали мовні і слухомовні розлади. Діти пізно почали говорити (перше слово біля 2 років, прості аграматичні фрази без присудка до 3 років).

Процесам навчання в значній ступені заважала характерна дітям з руховими порушеннями лякливність, підвищена загальмованість.

Власне синдроми рухових розладів зустрічались однаково часто у дітей основної та контрольної груп (15,62±6,42% та 13,04±7,18% відповідно).

Розлади потягів спостерігались тільки у дітей основної групи (15,62±6,42%) і в усіх випадках поєднувались з іншими патологічними синдромами.

Гіпертензивно-гідроцефальний синдром зустрічався у 3 (13,04±7,18%) дітей контрольної групи та 5 (15,62±6,42%) дітей основної групи. В порівнянні з розповсюдженістю цього синдрому у дітей до 1 року, від 1 до 3 років він мав тенденцію до зниження частоти виявлення.

Судомні синдроми спостерігались у 3 (9,37±5,15%) дітей основної групи, в контрольній групі діти з судомними синдромами не зустрічались. Перераховані патологічні синдроми в значному ступені впливали на розвиток дітей і обумовили затримку психічного розвитку і розумову відсталість. Характер психічного розвитку дітей відображений в таблиці 3.

Таблиця 3.

Характер психічного розвитку досліджених дітей (абс.ч.,%)

| Варіант психічного розвитку | Групи досліджених дітей | | | | P |
|---|-------------------------|------------|-------------------|------------|---------|
| | Основна (n=48) | | Контрольна (n=52) | | |
| | абс.ч | % | абс.ч | % | |
| Норма | 12 | 25,0±6,25 | 40 | 76,92±5,84 | p<0,001 |
| Затримка психічного розвитку | 30 | 62,5±6,99 | 11 | 21,15±5,66 | p<0,001 |
| Неспецифічна | 9 | 18,75±5,63 | 5 | 9,61±4,08 | p>0,05 |
| Специфічна | 21 | 43,75±7,16 | 7 | 13,46±4,73 | p<0,001 |
| Парціальна | 8 | 16,66±5,38 | 5 | 9,61±4,08 | p>0,05 |
| а) з переважною затримкою моторного розвитку | 2 | 4,16±2,88 | 1 | 1,92±1,90 | p>0,05 |
| б) з переважною затримкою психічного розвитку | 7 | 14,58±5,09 | 4 | 7,69±3,69 | p>0,05 |
| Тотальна | 13 | 27,08±6,41 | 2 | 3,85±2,67 | p<0,001 |
| Розумова відсталість | 6 | 12,5±4,77 | 1 | 1,92±1,90 | p<0,05 |

В групу "норма" віднесені діти, які набрали за методикою скринінг-дослідження для визначення психічного розвитку дітей раннього віку КПР між 91 та 111 балами. Групу "затримка психічного розвитку" складають діти з КПР від 81 до 90 балів (зона межі), групу "розумова відсталість" діти з КПР від 66 до 80 балів [6]. Як видно з таблиці 3 в основній групі було менше дітей, які б розвивались відповідно віковим нормам, більше дітей зі специфічною та неспецифічною (тотальною) затримками, а також з розумовою відсталістю. Відхилення в психічному розвитку дітей проявлялись у вигляді реакції активного і пасивного протесту, реакціях відмови та імітації (табл. 4).

Таблиця 4

Частота особистих реакцій у досліджених дітей (абс.ч.,%)

| Вид реакції | Групи досліджених дітей | | | | P |
|--------------------|-------------------------|------------|-------------------|------------|---------|
| | Основна (n=48) | | Контрольна (n=52) | | |
| | абс.ч | % | абс.ч | % | |
| Активного протесту | 19 | 39,58±7,06 | 6 | 11,53±4,43 | p<0,001 |
| Пасивного протесту | 17 | 35,42±6,90 | 5 | 9,61±4,08 | p<0,001 |
| Відмови | 11 | 22,92±6,06 | 4 | 7,69±3,69 | p<0,05 |
| Імітації | 10 | 20,83±5,86 | 3 | 5,77±3,23 | p<0,05 |

В групі дітей, матері яких хворі на наркоманію з високим ступенем достовірності всі види реакцій зустрічались частіше. З максимальною частотою і в тій і в іншій групі спостерігались реакції активного протесту. Вони виникали у дітей з підвищеною збудливістю, емоціональною лабільністю і проявлялись у вигляді неслухання, агресивності по відношенню до лиць, які викликали незадоволення дитини. Реакція виникала у відповідь на заборону, на конфлікт в дитячому колективі, на вимогу виконання режимних мір. У частини дітей із основної групи при великій силі афективного розряду реакції активного протесту періодично супроводжувались загальним руховим збудженням ("рухова буря").

Таким чином, реакція активного протесту у дітей із основної групи носила більш патологічний характер і в ряді випадків могла розглядатись як патохарактерологічна реакція. Цей прояв може бути пояснений великою розповсюдженістю серед дітей, матері яких хворі на наркоманію органічного ураження центральної нервової системи.

Деяко рідше зустрічались реакції пасивного протесту - у 17 (35,42±6,90%) дітей основної групи і 5 (9,61±4,08%) дітей контрольної групи. Подібними за проявами з реакціями пасивного протесту були реакції відмови. Вони спостерігались у 11 (22,92±6,06%) дітей основної групи і 4 (7,69±3,69%) дітей контрольної групи. Реакції імітації зустрічались в 10 (20,83±5,86%) дітей із основній групі і в 3 (5,77±3,23%) дітей в контрольній групі. Частіше це були мало ініціативні діти із затримкою психічного розвитку і легкою розумовою відсталістю.

Таким чином, викладені дані свідчать про наявність цілого ряду особливостей сомато-неврологічного і психічного розвитку у дітей, матері яких хворі на наркоманію.

Висновки:

Діти, що народжені від матерів з наркоманіями частіше ніж діти народжені від матерів без ознак наркоманії розвивались з затримкою розвитку психомоторних функцій, з переважною специфічною тотальною затримкою розвитку середньої та тяжкої ступенів важкості. Частіше у дітей в цей період зустрічались патологічні синдроми: гіперзбудливості, церебрастенічний та синдром вродженого або рано набутого недоумства, а також поліморфізм синдромів.

Віком від 1 до 3-х років у дітей від матерів хворих наркоманіями частіше ніж в контрольній групі виявлялась затримка психічного розвитку (62,5%) та недоумства

(12,5%), більш частими були синдроми афективних розладів, гіпердинамічний, синдром патологічного потягу та судомний синдром. Частіше зустрічалась реакція активного та пасивного протесту, відмова від імітації.

Ключові слова: діти, нервово-психічний розвиток, матері з наркоманіями

Література.

1. Аминзода Н. Х., Ахмедова Д. И., Гафуров Б. Г. Критерии компенсации гипертензионного синдрома у детей первого года жизни с перинатальным поражением ЦНС //Российский педиатрический журнал. -2003. -№4. -С. 15-19.
2. Анохина И. П. Наследственная предрасположенност к злоупотреблению психоактивными веществами // Психиатрия и психофармакотерапия.- 2001.- Т.3.- №3.- С.56-60.
3. Баженова О. В. Диагностика психического развития у детей первого года жизни.- М.: Медицина, 1988. – 98 с.
4. Василенко Н. В. Стан здоров'я дітей першого року життя, які народилися доношеними і з затримкою внутрішньоутробного розвитку: Автореф. дис... к.мед.н.: 14.01.10. – Донецьк, 2004. – 17 с.
5. Дубровина М. В., Лисина М. М. Особенности психического развития детей в семье и вне семьи. Возрастные особенности психического развития детей. - М.:Медицина, 1986. - С. 77 - 79.
6. Козловская Г. В., Кириченко Е. И., Кремиева Л. Ф. Клинико-психологические методы обследования нервно-психического состояния детей раннего возраста с пограничными нарушениями.- М.: Медицина, 1984. – 23 с.
7. Москаленко В. Д. Развитие детей, перенесших антенатальное воздействие наркотиков // Вопросы наркологии. - 1991. -№ 4. - С. 42 - 44.
8. Block Sandra S., Scharre Janice E., Moore Bruce D. Visual anomalies in children exposed to cocaine //Optometry . - 1993. - Vol. 70, № 12 (Suppl.) - P. 86.
9. Chasnoff I. J. The usage cocaine by mothers and child disorders // Tenatology. - 1988. - Vol. 37, №3. - P. 201 - 204.
10. Dow-Edwards D. L. Long-term neurochemical and neurobehavioral consequences of cocaine use during pregnancy //Ann. N.Y. Acad. Sci. -1989. -Vol. 562. - P. 280 - 289.
11. Strabismus in infants of opiate-dependent mothers / Gill A. C., Oei J., Lewis N. L. et al.// Acta Paediatr. – 2003.- Vol. 92.- N 3. P. 379 - 385.
12. Sudden infant death syndrome in infants of substance-abusing mothers / Ward S. L. D., Bautista D., Chan L., et al. // Journal of Pediatrics . -1990. -No. 117 . - P. 876-879.

Summary.

M. V. Shapoval, P. I. Goryachev

THE DISTANT RESULTS OF THE OBSERVATION OF THE DEVELOPMENT OF THE CHILDREN FROM DRUG - ABUSED MOTHERS

The comparative clinical and diagnostic trials of 100 of children aged from 0 to 3 years old born and brought up at the orphanage of Tchernomorskay prison has been conducted. There were 74 persons under study, among them there were 48 children from drug-abused mothers and 52 children from mothers without symptoms of drug consumption. Retardation of the development of the psychomotoric functions and excessive anxiousness were diagnosed in children from drug-abused mothers. Cerebrastenic syndrome, retardation of psychical development, imbecility, affective disorders, hyperdynamic syndrome of pathological impulse, convulsive syndrome and polymorphism of syndromes were observed in this group.