

АО «Медицинский Университет Астаны»

ПРЕЗЕНТАЦИЯ

Тема: Алкоголизм

Выполнила: Сейткасым Ш. 6/110 ВБ.

Проверила: Мукушева Г.Р

АСТАНА 2016г.

- Алкоголизм - это заболевание, которое характеризуется возникновением изменения толерантности организма, непреодолимого патологического влечения к спиртным напиткам, проявлениями алкогольного абстинентного (похмельного) синдрома и развитием алкогольной деградации личности.



- **Употребление с вредными последствиями:** модель употребления алкоголя, вызывающая вред для здоровья. Вред может быть физическим (в случае возникновения токсических поражений внутренних органов) или психическим (формирование вторичных депрессий после длительной алкоголизации).
- **Синдром зависимости:** сочетание физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление алкоголя начинает занимать первое место в системе ценностей индивидуума. Основной характеристикой синдрома зависимости является потребность (часто сильная, иногда непреодолимая) принять алкоголь. Имеются доказательства того, что возвращение к употреблению алкоголя после периода воздержания приводит к более быстрому появлению признаков этого синдрома.

- **Алкогольный абстинентный синдром (ААС)** - это комплекс вегетативных, соматических, неврологических и психических нарушений, возникающих у больных алкоголизмом вслед за прекращением или резким сокращением более или менее длительного и массивного пьянства

Фазы алкоголизма



- Клиническая классификация Классификация алкоголизма по А. А. Портнову и Н. Н. Пятницкой (1971)
- I стадия (начальная, неврастеническая) навязчивое (обсессивное) влечение к алкоголю, снижение количественного контроля, нарастание толерантности, эпизодическое или систематическое пьянство
- II (средняя, наркотическая) навязчивое влечение, абстинентный синдром, максимальная толерантность, истинные запои, изменение личности, соматические осложнения, алкогольные психозы
- III (исходная, энцефалопатическая) неудержимое (компульсивное) влечение, падение толерантности, утрата ситуационного контроля, алкогольное слабоумие

Классификация алкоголизма, Н.Н. Иванец (1975)

Клинический признак	Характеристика
1. Темп прогрессивности заболевания (скорость формирования физической зависимости с момента начала систематического употребления)	Низкий (свыше 8 лет) Средний (от 5 до 8 лет) Высокий (до 5 лет)
2. Стадия алкоголизма	1 стадия Переходная 1-2 2 стадия Переходная 2-3 3 стадия(исходная)
3. Форма злоупотребления алкоголем	Отдельные алкогольные эксцессы Псевдозапой Постоянное пьянство с высокой толерантностью «Переменяющее» пьянство Постоянное пьянство с низкой толерантностью Истинные запои
4.Соматоневрологические последствия	Артериальная гипертензия Патология сердечной деятельности Патология печени Признаки поражения ЦНС Полинейропатии
5. Социальные последствия	Нарушения семейных взаимоотношений Профессиональные нарушения Административные нарушения Уголовные правонарушения Экономические проблемы
6.Характеристика предшествующих ремиссий	А. Ремиссии: Полная ремиссия (с указанием длительности) Неполная ремиссия (с указанием количества выпивок в месяц, неделю) В. Средняя продолжительность ремиссии: Менее 6 месяцев Более 9 месяцев Более 12 месяцев

● Клиническая картина и течение алкоголизма:

- * Патологическое влечение к алкоголю
- * Измененная толерантность к алкоголю
- * Алкогольный абстинентный синдром – ААС
- * Алкогольные амнезии (палимпсесты)
- * Изменение формы употребления алкоголя
(эксцессы, запои, псевдозапои)
- * Нарушение сознания болезни
- * Изменение личности

- **Первичное влечение к алкоголю**
- Первичное влечение к алкоголю присутствует у всех алкоголезависимых людей, однако оно может иметь различные оттенки.
- **Симптом ситуационно обусловленного патологического влечения к алкоголю** отмечается лишь на начальной стадии алкоголизма. Возникает в ситуациях, привычно ассоциирующихся с выпивками. Внешне проявляется в инициативе и подготовке к выпивке, устранении возможных препятствий.
- **Алкоголезависимые люди** испытывают подъем настроения, оживляются, легко отвлекаются от текущих дел. Помехи в реализации влечения вызывают раздражение и недовольство.
- **Симптом первичного патологического влечения без борьбы мотивов** возникает ситуационно или спонтанно, но в отличие от предыдущего варианта алкоголезависимые люди отрицают его осознание. Реализация влечения объясняется различными внешними поводами.
- Несмотря на интенсивность влечения и настойчивость в его реализации, в отдельных случаях социальные и этические правила могут препятствовать эксцессу. Данный симптом наблюдается при II и иногда при III стадии болезни.
- **Симптом первичного патологического влечения с характером неодолимости** наблюдается при II и III **стадиях алкоголизма**. Возникает он спонтанно и сразу достигает интенсивности, приводящей к немедленному употреблению спиртного.
- По силе сравним с выраженными физиологическими явлениями голода или жажды. При его реализации алкоголезависимые люди могут пренебречь любыми этическими, профессиональными, нравственными и даже юридическими нормами.
- **Симптом первичного патологического влечения к алкоголю, возникающий при пограничных состояниях**, развивается на фоне аффективных состояний развивается на фоне аффективных, в первую очередь депрессивных расстройств, в рамках различных невротических или психопатических состояний.
- Прием алкоголя, по субъективным оценкам больных, способствует снятию у них угнетенности, тревоги, раздражительности, неуверенности, вялости и т.д. Возникает при всех стадиях алкоголизма, но чаще в I (при наличии преморбидных черт характера) и в III стадии **алкоголизма**.

- **Патологическое влечение в опьянении**
- **Патологическое влечение в опьянении со снижением количественного контроля** возникает при I стадии алкоголизма. Вслед за приемом начальных доз алкоголя и появлением легкой степени опьянения возникает желание продолжить выпивку, способное привести к состоянию средней или даже тяжелой степени пьянения.
- Внешними признаками усиления патологического влечения могут быть торопливость повторений приема («опережение круга»), стремление непременно выпить все приобретенное спиртное, неразборчивое отношение к характеру напитков.
- Ситуационные факторы (неотложные важные дела на следующий день, обстановка, в которой недопустимо компрометировать себя, неодобрение окружающих) могут заставить ограничить дальнейший прием алкоголя.
- **Патологическое влечение в состоянии опьянения с утратой количественного контроля** (симптом критической дозы) проявляется превышением определенной дозы алкоголя, индивидуальной в каждом конкретном случае, и провоцирует возникновение непреодолимого влечения продолжить прием до полного опьянения. Развитие состояния опьянения средней и тяжелой степени в этих случаях является правилом.
- Прежде имевшие значение этические и социальные ограничения больше не действуют — ими или пренебрегают или стремятся обойти, продолжая принимать спиртное в иных условиях, в других, подчас незнакомых компаниях, в одиночку, скрытно. Возникает при I и II стадиях алкоголизма.
- **Патологическое влечение в состоянии опьянения с утратой ситуационного контроля** заключается в том, что прием любой, даже самой незначительной дозы алкоголя, способной и не сопровождаться признаками опьянения, тотчас вызывает непреодолимое влечение к алкоголю. Стремление получить алкоголь осуществляется любыми средствами, в том числе нарушающими нравственные и правовые нормы.
- Прием алкоголя осуществляется в одиночку, в случайных компаниях, в самых неподобающих условиях. Преобладает тяжелая степень опьянения. Возникает при II, чаще — при III стадии алкоголизма.

Таблица -1.Дифференциальная диагностика бытового пьянства и хронического алкоголизма I, II и III стадии (Иванец Н.Н.,2002г)

Признак	Бытовое пьянство	I стадия	II стадия	III стадия
Толерантность к алкоголю	Низкая	Увеличение толерантности в 2-3 раза	Увеличение толерантно- сти в 5-6 раз, плато толе- рантности	Снижение толерантности на 50%
Защитный рвотный рефлекс	Сохранен	Утрачен	Утрачен	Появление защитного рвотного рефлекса
Ситуационный контроль	Сохранен	Сохранен	Утрачен	Утрачен
Количественный контроль	Сохранен	Утрачен	Утрачен	Утрачен со снижением критической дозы алкоголя
Опьянение	Очерченный этап эйфории	Постепенное уменьшение эйфории и нарастание дисфории, алкоголь- ные палимпсесты	Появление измененных форм опьянения, амнестические формы опьянения	Отсутствует или слабо выражена эйфория, уменьшение агрессивности и расторможенности, при передозировке быстро наступает оглушение и сопорозные явления, амнестические формы опьянения
Алкогольный абстинентный синдром	Отсутствует	Отсутствует	Сформирован	Сформирован

Форма употребления алкоголя	Эпизодическое или ситуационное пьянство	Алкогольные эксцессы сочетаются с периодами воздержания или ежедневным приемом небольших доз алкоголя	Постоянное пьянство или псевдозапой	Постоянное пьянство на фоне низкой толерантности или периодические, циклические запои
Изменения личности	Отсутствуют	Морально-этическое снижение	Заострение преморбидных личностных черт	Деградация личности, психоорганический синдром
Алкогольные психозы	Отсутствуют	Отсутствуют	Острые и затяжные	Острые, затяжные и хронические

- **Симптом нарастающей толерантности** – первоначально употребляющееся количество алкоголя уже не вызывает прежних состояний опьянения, поэтому дозу приходится увеличивать в среднем в 2 -3 раза по сравнению с прежней.
- **Симптом (плато) – толерантности** – констатируется, когда толерантность достигает своего индивидуального пика и более или менее длительно остается неизменной.
- **Симптом снижения толерантности** - определяется в исходную стадию болезни. По сравнению с периодом (плато) состояние опьянения возникает уже от приема меньших разовых доз.

- Абстинентный синдром специалисты называют состоянием, характерным для одной из стадий алкоголизма, а именно — третьей. Этот синдром — по сути своей похмелье, однако оно отличается от того похмелья, которое обычно испытывает здоровый человек утром после вечеринки или вечером, перебрав спиртного.
- Переводится данное название (abstinentia) следующим образом — «воздержание». Состояние возникает у человека, употребляющего спиртные напитки, через определенное время после того, как он уменьшает дозу алкоголя, поступающего в организм, или вовсе прекращает пить горячительное. Многие алкоголики, которые бросали пить, наверняка знакомы с этим состоянием, действующим на организм строго определенным образом.

Алкогольные амнезии

- **Алкогóльный палимпсéст** (от греч. παλίμψηστον — вновь соскобленный) — лакунарная алкогольная амнезия, специфическое нарушение памяти, характерное для алкоголизма, «лоскутная память». Проявляется в виде неспособности воспроизводить отдельные детали, эпизоды, подробности, относящиеся к периоду алкогольной интоксикации, то есть больной не помнит событий, свидетелем которых он был в состоянии алкогольного опьянения.

- **Формы злоупотребления:**

С преобладанием **однодневных эксцессов** — большее число выпивок ограничивается одним днем с последующими промежутками до нескольких дней. Реже возникают кратковременные (не более **2-3** дней) спровоцированные эксцессы после которых появляются симптомы интоксикаций..

По типу **псевдозапоев** — прием алкоголя регулярный, длится от **2-3** дней до 1 нед, изредко дольше. Начало эксцесса обычно мотивируется индивидуально значимыми поводами.

По типу **истинных запоев** — запою предшествует нарастающее по силе влечение к алкоголю, сопровождающееся изменениями соматического или психического состояния — аффективным напряжением, неопределенным ощущением внутреннего дискомфорта.

Таблица -2. Дифференциальная диагностика состояние отмены алкоголя и постинтоксикационного состояния (алкогольного отравления, возникающего после употребления токсических доз алкоголя у лиц, не страдающих алкогольной зависимостью)

Признак	Состояние отмены алкоголя	Алкогольное постинтоксикационное состояние
Влечение к алкоголю	Сопровождается выраженным влечением к алкоголю	Отсутствие влечения к алкоголю, чаще отвращение к спиртному
Доза алкоголя	Возникает независимо от дозы алкоголя вслед за резким прекращением его приема	Возникает после употребления индивидуально высоких доз алкоголя
Клинические проявления	Комплекс психопатологических, соматических и неврологических расстройств, характерных для ААС	Преобладание астении и проявлений токсикоза (рвота, сонливость, оглушение)
Влияние алкоголя на клинические проявления	Устраняет клинические проявления ААС	Не снимает, а наоборот, усиливает токсические явления

Таблица - 3. Дифференциальная диагностика острых алкогольных галлюцинозов, и галлюцинозов, возникающих у больных шизофренией, сочетающейся с алкоголизмом. (Шейнин Л. М., 1983)

№	Диагностические критерии	Алкогольный галлюциноз	Шизофрения, сочетающаяся с алкоголизмом
1	Условия возникновения психоза	Давность злоупотребления алкоголем обычно более 5-ти лет, давность похмельного синдрома чаще не менее 3-х лет. Длительность запоя перед психозом обычно не менее 5-6 дней. Темп формирования алкоголизма обычный	Давность злоупотребления алкоголизмом обычно 2-3 года, давность похмельного синдрома нередко 1-2 года, длительность запоя перед психозом нередко 1-2 дня. Темп формирования алкоголизма часто ускоренный
2	Особенности опьянения	Обычные варианты опьянения с заострением личностных особенностей	В опьянении нередко идеи ревности, отношения, отравления, преследования, бессвязность высказываний, кататонические включения, тяжелое речевое возбуждение
3	Особенности похмельного синдрома перед развитием психоза	Тревога, возможен тоскливый аффект, умеренно выраженные соматоневрологические расстройства	Тревожно-бредовое состояние с растерянностью, идеи преследования, отношения особого значения, отравления, ревности. Неадекватность аффекта в бреду. Неадекватность поведения аффекту и бреду
4	Особенности алкоголизма	Возникновение запоев и псевдозапоев в связи с ситуационными моментами, случайными употреблением алкоголя, в связи с постоянным или периодическим влечением к алкоголю	Возможно возникновение запоев и псевдозапоев в связи с депрессивными или гипоманиакальными состояниями, в связи с тревожно-депрессивными состояниями. Хаотический характер злоупотребления алкоголем, ничем не объяснимые спонтанные ремиссии
5	Особенности личности до	Алкогольные изменения личности или психопатические черты характера	Снижение активности, замкнутость, неадекватность поведения, манерность



	психоза		
6	Особенности бреда	Типичен бред преследования, принимающий характер бреда физического уничтожения. Возможен бред воздействия, который всегда связан с истинными обманами восприятия и патологическими ощущениями. Бред конструктивно прост, нагляден, содержание его связано с повседневной реальностью. Идеи величия редки, содержание их лишено фантастичности	Возможно возникновение бреда воздействия, сочетающегося с галлюцинациями. Содержание бреда часто оторвано от реальности. Возможно возникновение фантастического бреда, сочетающегося с фантастическим галлюцинозом
7	Особенности аффекта	Страх, тоска, отчаяние, тоскливо-тревожный аффект. Очень редка смена аффекта с появлением смешанного состояния (страх, идеи величия)	Возможна депрессия с растерянностью, идеями самообвинения. Аффект может не соответствовать содержанию бреда
8	Особенности поведения	Обращение за помощью, попытки спастись бегством от мнимых преследователей, суицидальные попытки	Возможны поступки не адекватные содержанию бреда и аффекту, агрессия в отношении окружающих, нелепое поведение, суицидальные попытки, превращение в «преследуемых преследователей»
9	Особенности синдрома Кандинского — Клерамбо	Сочетание бреда воздействия с истинными словесными галлюцинациями и телесными ощущениями. Галлюцинаторный вариант синдрома открытости	Сочетание бреда воздействия с псевдогаллюцинациями. Идеаторные, сенсопатические, кинестетические автоматизмы. Бредовый и псевдогаллюцинаторный варианты синдрома открытости
10	Сочетание вербального галлюциноза с другими синдромами	Вербальный галлюциноз может смениться делириозным помрачением сознания. На высоте галлюциноза могут возникнуть делириозные расстройства или даже фантастический делирий	Вербальный галлюциноз может смениться депрессивно-параноидальным состоянием, тревожно-бредовым состоянием с отдельными проявлениями синдрома психического автоматизма, другими бредовыми и аффективно-бредовыми синдромами

11	Влияние нейролептиков на симптоматику	Если обманы восприятия исчезли во время лечения нейролептиками, то после их отмены они вновь не появляются	Вербальные галлюцинации, исчезнувшие во время лечения нейролептиками, после их отмены могут вновь возникнуть
12	Отношение к алкоголизму	Стремление преуменьшить тяжесть злоупотребления алкоголем. Попытки объяснить психоз любыми обстоятельствами и соматическими заболеваниями	Нередко стремление подчеркнуть связь психоза со злоупотреблением алкоголем
13	Отношение к перенесенному психозу	Быстрое наступление критики. Готовность подробно рассказать о содержании психоза. Возможность объяснить любой поступок во время психоза	Медленное наступление критики или ее отсутствие. Часто нежелание рассказать о содержании перенесенного психоза. Невозможность объяснить многие поступки во время психоза
14	Особенности личности после окончания психоза	Алкогольные изменения личности или психопатические черты характера	Необщительность, пассивность, формальные контакты с окружающими, эмоциональная холодность

Таблица – 4. Дифференциальная диагностика алкогольных параноидов и параноидов, возникающих у больных шизофренией, сочетающейся с алкоголизмом (Шейнин Л. М., 1983).

№	Диагностические критерии	Алкогольный параноид	Шизофрения, сочетающаяся с алкоголизмом
1	Условия возникновения психоза	Давность существования алкоголизма не менее 3-х лет. Наличие абстинентного синдрома. Длительность запоя не менее 5-6 дней. Обычные темпы формирования алкоголизма	Давность злоупотребления алкоголем или хронической алкогольной интоксикации может быть менее 3-х лет. Абстинентный синдром может отсутствовать. Длительность запоя нередко 2-3 дня



2	Особенности опьянения	Обычные варианты опьянения с выявлением особенностей личности	Возможно ускоренное формирование алкоголизма. В опьянении идеи отношения преследования, отравления, ревности, речевое возбуждение, бессвязность речи
3	Особенности похмельного синдрома перед развитием психоза	Возникновение психоза во время похмелья на фоне умеренно выраженных соматоневрологических нарушений	Соматоневрологические нарушения могут быть очень легкими. Настроение снижено, иногда тревожно-тоскливое или тоскливо-злобное
4	Особенности алкоголизма	Связь запоев с ситуационными моментами, случайным употреблением алкоголя или влечением к спиртному	Запой часто появляются в связи с эндогенными нарушениями настроения
5	Особенности личности до психоза	Изменения, характерные для алкоголизма, или психопатические черты характера	Замкнутость, неразговорчивость, подозрительность, избирательная общительность
6	Особенности бреда	Образный бред преследования, чаще всего, принимающий форму бреда физического уничтожения. Бред конструктивно прост, нагляден, мотивы преследования обыденные	Полиморфизм бредовых идей. Возможно появление идей особой значимости, символики, ложных узнаваний. Часто сочетание идей преследования и отравления. Мотивы преследования нередко отсутствуют или очень усложнены
7	Особенности аффекта	Выраженный страх, тревога	Страха менее выражен. Часто возникает растерянность с чувством собственной измененности, явления деперсонализации и дереализации
8	Особенности поведения	Обращение за помощью, попытки спастись бегством. Напряженное ожидание	Часто поведение не адекватно содержанию бреда и аффекту. Поступки противоречивы и непоследовательны

9	Сочетание с другими синдромами	Психоз обычно протекает как моносиндром. Возможна в редких случаях смена синдрома: развитие галлюциноза или делирия	Часто отмечается присоединение депрессивно-параноидной симптоматики с появлением растерянности, затруднением в понимании поведения окружающих и их высказываний, проявлениями синдрома психического автоматизма, ложными узнаваниями, симптомом «двойников»
10	Влияние нейролептиков	Исчезнувшая симптоматика после отмены нейролептиков не возникает	После отмены нейролептиков часто вновь возникают бред, страх, тревога, растерянность
11	Отношение к алкоголизму	Имеются признаки алкогольной анозогнозии. Стремление объяснить психоз любыми обстоятельствами и соматическими заболеваниями	Нередко стремление подчеркнуть связь психоза со злоупотреблением алкоголем
12	Отношение к перенесенному психозу	Быстрое наступление критики. Готовность подробно рассказать о содержании психоза. Возможность объяснить любой поступок во время психоза	Критика наступает медленно. В ряде случаев — не возникает. Часто нежелание рассказать о содержании перенесенного психоза. Невозможность объяснить свое поведение во время психоза
13	Особенности личности после окончания психоза	Алкогольные изменения личности или психопатические черты характера	Замкнутость, необщительность, формальный характер контакта с окружающими, эмоциональная сдержанность или холодность, неадекватность, склонность к рассуждательству, манерность

Таблица - 5. Дифференциальная диагностика атипичного алкогольного фантастического делирия и онейроида, возникающего у больных шизофренией, сочетающейся с алкоголизмом (Шейнин Л. М., 1983)

№	Диагностические критерии	Фантастический делирий	Шизофрения, сочетающаяся с алкоголизмом
1	Условия возникновения психоза	Давность злоупотребления алкоголем не менее 3-х лет. Длительность запоя перед психозом обычно не менее 5-6 дней. Темп формирования алкоголизма обычный или несколько ускоренный	Давность злоупотребления алкоголем не имеет решающего значения, может быть самой различной. Нередко запои прекращаются за несколько недель до возникновения психоза. Темп формирования алкоголизма нередко ускоренный
2	Особенности опьянения	Обычные варианты опьянения с заострением в период опьянения личностных особенностей	Опьянение способствует в ряде случаев возникновению аффективных расстройств. Выражена тревога, часто кошмарные сновидения. Характер опьянения почти ничем не отличается от случаев неосложненного алкоголизма
3.	Особенности продромального периода	Для продромального периода характерно появление на фоне алкогольного абстинентного синдрома тревоги, подозрительности, идей отношения или подавленности с чувством одиночества	Возникает растерянность или подавленность, задумчивость, излишняя скрытность
4	Особенности алкоголизма	Имеется связь запоев и псевдозапоев с ситуационными моментами, случайным употреблением алкоголя или влечением к спиртному	Имеется связь запоев и псевдозапоев с колебаниями настроения. Характер пьянства хаотический. Последовательная смена стадий алкоголизма отсутствует
5	Особенности личности до психоза	Специфические алкогольные изменения личности	Типичные алкогольные изменения личности отсутствуют. Характерна общительность, синтонность, достаточная работоспособность
6	Особенности бреда	Развивается галлюцинаторный, фантастический, образный бред, иногда нелепый бред величия. Часто бред собственного психического воздействия. Отсутствует строгая последовательность в смене этапов. Бывает этап двойной, бредовой ориентировки в начале делирия, затем — фантастический галлюцинаторный бред	Отмечается последовательная смена типа этапов: а) аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации; б) фантастической дереализации и деперсонализации; в) иллюзорно-фантастической дереализации и деперсонализации; г) истинного онейроида (встречается крайне редко). Фантастический бред сочетается с псевдогаллюцинациями

7	Особенности аффекта	В начале психоза чаще аффект удивления и любопытства. Затем нарастает растерянность	Разнообразие, сменяемость и калейдоскопичность аффективных нарушений
8	Особенности поведения	Чаще обездвиженность на фоне галлюцинаторной отрешенности	Кататонические расстройства (субступор, ступор с восковой гибкостью, негативизм)
9	Особенности синдрома Кандинского — Клерамбо	Идеаторные, сенсорные и двигательные психические автоматизмы со сравнительно простой структурой возникают только на высоте психоза	Проявления синдрома психического автоматизма весьма разнообразны и сложны
10	Продолжительность психоза	Несколько дней	Возможно несколько недель и даже месяцев
11	Влияние нейролептиков на симптоматику	Исчезнувшая симптоматика после отмены нейролептиков не возникает	При преждевременной отмене нейролептиков симптоматика может возникнуть вновь
12	Отношение к алкоголизму	Склонность к некоторому преуменьшению тяжести злоупотребления алкоголем. Попытки объяснить психоз любыми обстоятельствами и соматическими заболеваниями	Часто имеется критическое отношение к злоупотреблению алкоголем, хотя связь психоза с пьянством улавливается не всегда
13	Отношение к перенесенному психозу	Постепенно (иногда внезапно) возникает полная критика	В большинстве случаев наблюдается достаточно полная критика к психозу (несмотря на возможную частичную амнезию)

Таблица -6. Дифференциальная диагностика алкогольного и интоксикационного делирия (Иванец Н.Н.,2002)

Диагностические критерии	Делириозный синдром при алкогольной зависимости	Делириозный синдром при интоксикации
Анамнез	Длительное систематическое злоупотребление алкоголем, признаки алкогольной зависимости	Эпидемиологический анамнез Данные о prodrome инфекционного заболевания; Хирургическая патология, Злоупотребление психоактивными веществами (стимуляторы, летучие органические вещества, холинолитики)
Клинические данные	Отсутствие признаков острой интоксикации психоактивными веществами; инфекционного заболевания; хирургической патологии; лихорадки	Признаки интоксикации психоактивными веществами Инфекционное заболевание; Острая хирургическая патология; Высокая температура;
Лабораторные данные	Признаки алкогольного поражения печени (повышение уровня печёночных ферментов), хронической интоксикации (увеличение СОЭ, относительный лейкоцитоз)	Определение психоактивных веществ в биологических средах Выявление инфекционного агента; Признаки хирургической патологии (например, высокий уровень амилазы при остром панкреатите)

