



EpiNorth

Bulletin of the Network for Communicable Disease Control in Northern Europe

EDITORIAL

Certification of Polio-free Status in the WHO European Region

On 21 June 2002 the WHO Regional Commission for the Certification of Poliomyelitis Eradication in the European Region (RCC/EUR) certified the WHO European Region as free of indigenous wild poliovirus transmission. The last known case of paralytic poliomyelitis caused by indigenous wild poliovirus in European Region occurred in South-East Turkey on 26 November 1998. European Region is the third of the WHO six regions to be certified as polio-free, following certification of the Region of the Americas in 1994 and of the Western Pacific Region in 2000. An estimated 3,4 billion people globally (56% of the world's population) now live in countries and territories certified free of endemic wild poliovirus transmission.

The RCC/EUR completed a four-year review of surveillance and programme data from all countries in the region, as compiled and submitted by national

РЕДАКЦИОННАЯ СТАТЬЯ

Европейский регион ВОЗа сертифицирован как территория, свободная от полиомиелита

21 июня 2002г. Европейская региональная комиссия по сертификации ликвидации полиомиелита (РКС) приняла решение о сертификации Европейского региона ВОЗа как территории, свободной от циркуляции местного дикого полиовируса. Последний случай паралитического полиомиелита, вызванный местным диким полиовирусом, имел место в Юго-Восточной Турции 26 ноября 1998г. Из шести регионов ВОЗа Европейский регион является третьим сертифицированным как свободный от полиомиелита: Американский регион был сертифицирован в 1994г. и регион Западной части Тихого океана в 2000г. Считается, что в настоящее время в мире проживает 3,4 миллиарда человек – 56% населения земного шара – в странах и на территориях, свободных от эндемической циркуляции дикого полиовируса.

РКС закончил обобщение результатов четырёхлетней программы всех стран региона, чтобы убедиться в прекращении циркуляции местного дикого полиовируса.

Contents / Содержание

Editorial Редакционная	Certification of Polio-free Status in the WHO European Region Европейский регион ВОЗа сертифицирован как территория, свободная от полиомиелита
Papers	Lyme Disease in the Arkhangelsk Province of the Russian Federation Epidemiological Situation in the Russian Federation in 2001 Increase in Incidence of Tick-borne Encephalitis in Lithuania in the 1990s WHO New Treatment Guidelines for Gonorrhoea and Syphilis
Статьи	Болезнь Лайма в Архангельской области России Эпидемиологическая ситуация в Российской Федерации в 2001г Увеличение заболеваемости клещевым энцефалитом в Литве в 1990-х годах Новые указания ВОЗа по лечению гонорреи и сифилиса
Statistics Статистика	Notification of Communicable Diseases in Central and Eastern European Countries, 1999-2001 Регистрация инфекционных заболеваний в странах Центральной и Восточной Европы, 1999-2001гг
Short information Краткая информация	Statement from the Fourth Baltic Sea States Summit on the Threat of Communicable Diseases Сообщение о 4-ой встрече глав государств Балтийского моря по вопросу угрозы инфекционных заболеваний

certification committees, to ensure that the absence of reported wild poliovirus isolation reflected interruption of indigenous wild poliovirus transmission. The prerequisite for regional certification in the absence of indigenous wild poliovirus isolation for at least three years, under conditions of high-quality acute flaccid paralysis surveillance. Other criteria used by RCC/EUR to certify the region as polio-free include (1) high immunization coverage rates in all countries and within all areas of a country; (2) sensitive surveillance for acute flaccid paralysis meeting standard performance indicators and/or other means of sensitive virological surveillance; (3) a plan of action to respond to importation of wild poliovirus and (4) political commitment by national governments to maintain high levels of immunization coverage and surveillance until global certification of polio eradication. Additionally, the RCC/EUR required to see evidence for substantial progress in the process of laboratory containment of wild poliovirus in each country with aim to minimize the risk of an accidental or intentional reintroduction of wild poliovirus.

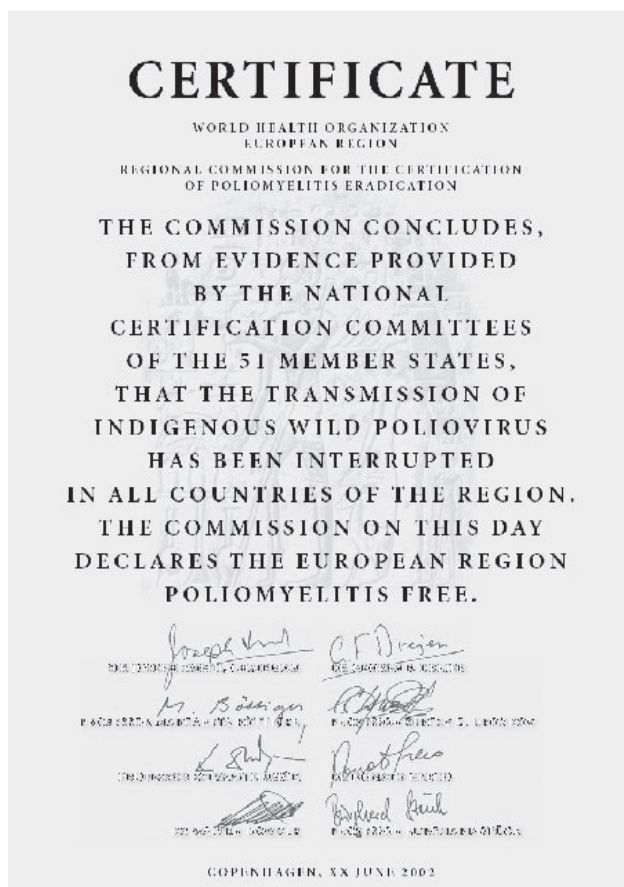
The Global Polio Eradication Initiative was launched by the World Health Assembly in 1988, and is being coordinated by WHO in primary partnership with the Centers for Disease Control and Prevention (United States), Rotary International and UNICEF. During 2001, endemic transmission of wild poliovirus was reported from only ten countries in the WHO Regions (African, Eastern Mediterranean and South-East Asian Regions).

All polio-free countries and areas remain at risk of wild poliovirus importation until polio is eradicated globally. In European Region this was underscored by the detection of wild poliovirus importations into Bulgaria and Georgia from Indian subcontinent during 2001. During 2000-2001, outbreaks of polio were documented among populations with low immunization coverage in Dominican Republic, Haiti and Philippines. Polio-free countries should maintain high levels of routine polio immunization coverage and sensitive surveillance from the prompt detection of any circulating polioviruses. To minimize the risk for poliovirus spread, supplementary oral poliovirus vaccine immunization campaigns will continue in high-risk areas of some European Region countries.

Предпосылкой для сертификации было прекращение изоляции местного дикого полиовируса в регионе не менее чем в течение трех лет при условии высококачественного надзора за острыми вялыми параличами. Дополнительными критериями, использованными РКС при сертификации региона, как свободного от полиомиелита, явились: 1) высокий охват иммунизацией во всех странах, а также во всех районах внутри стран, 2) чувствительная и соответствующая стандартам система надзора за острыми вялыми параличами и чувствительные индикаторы вирусологического надзора, 3) наличие плана противодействия при завозе дикого полиовируса в страну и 4) политическое обязательство правительств сохранить высокий уровень охвата иммунизацией и надзора до всемирной сертификации ликвидации полиомиелита. РКС дополнительно потребовала доказательства о достигнутых успехах в процессе сдерживания распространения дикого полиовируса в каждой стране с целью уменьшения риска случайного или намеренного распространения дикого полиовируса.

Глобальная инициатива по ликвидации полиомиелита была начата в 1988г. Всемирной Ассамблеей Здравоохранения и координирована ВОЗом в сотрудничестве с Центром США по контролю и предупреждению заболеваний, Ротари Интернешнел и ЮНИСЕФ. В 2001г. эндемическая циркуляция дикого полиовируса была зарегистрирована только в 10 странах в трёх регионах ВОЗа (в Африканском, Восточносредиземноморском и Юго-Восточной Азии).

Дикий полиовирус, завозимый из эндемичных по полиомиелиту стран в страны свободные от полиомиелита, представляет собой серьёзную опасность до всемирной ликвидации полиомиелита. В результате недооценки этого дикое полиовирусы были завезены в 2001г. в Болгарию и Грузию с Индийского суб-континента. В 2000-2001гг. отмечались вспышки полиомиелита в Доминиканской республике, Гаити и на Филиппинах в результате низкого охвата иммунизацией. Страны, свободные от полиомиелита, должны сохранять высокий уровень охвата рутинной иммунизацией против полиомиелита и чувствительную систему надзора с целью быстрой идентификации любого циркулирующего полиовируса. С целью уменьшения риска распространения полиовируса, дополнительные кампании иммунизации пероральной полиомиелитной вакциной продолжают в некоторых странах высокого риска Европейского региона.



Lyme Disease in the Arkhangelsk Province of the Russian Federation

Болезнь Лайма в Архангельской области России

N.Tokarevich¹, N.Stoyanova¹, N.Chaika¹, A.Kozarenko², V.Kulikov², Yu. Andreichuk², R.Buzinov³, V.Sosnitsky³
St. Petersburg Pasteur Institute¹, Helix Ltd.², and the Arkhangelsk Centre for Sanitary-Epidemiological Surveillance³, Russia

Н.К. Токаревич¹, Н.А. Стоянова¹, Н.А. Чайка¹, А.А. Козаренко², В.Н. Куликов², Ю.В. Андрейчук², Р.В. Бузинов³, В.И. Сосницкий³
Санкт-Петербургский НИИЭМ им. Пастера¹, НПФ «Хеликс»², Центр ГСЭН в Архангельской области³, Россия

Lyme disease is common in North-Western Russia, including the southern areas of the Arkhangelsk province. Two *Borrelia* genotypes (*B. afzelii* and *B. garinii*) are found among ticks in the Arkhangelsk province, and every tenth tick is dually infected by both genotypes. Lower incidences of Lyme disease in the Arkhangelsk province in comparison with other north-western provinces is likely the consequence of differences in climate conditions, but under-diagnosis of Lyme disease may also be of importance.

Introduction

Lyme disease (Lyme borreliosis) is wide spread in the Russian Federation. Natural foci of this infection have been registered in different geographical zones of Russia; from the western borders to southern Sakhalin [1]. Lyme disease is also prevalent in the north-western region of the country [2-7], although ticks have not been tested for *Borrelia burgdorferi sensu lato* in large areas of this region.

In the Arkhangelsk province the distribution of ticks, the vector of the Lyme disease agent, differs with geographical zones. Ticks are wide spread in the southern forest areas of the province, but have not been found in the northern tundra zones.

The aim of this study was to investigate the incidence and to analyse epidemiological data on Lyme disease in the Arkhangelsk province, as well as to determine bacterial genotypes.

Material and methods

The Arkhangelsk province is located in the northern part of the Russian Federation. The territory is 587,000 square kilometres, and the population is approximately 1.5 million people (urban population 1.1 million; rural population 0.4 million). The province is characterised by different climatic zones including polar tundra, forest tundra and forest.

The local sanitary-epidemiological institutions are required to register all cases of Lyme disease and tick bites in addition to epidemiological information. Reports are submitted monthly to the Republican Centre for Sanitary-Epidemiological Surveillance. Since persons experiencing tick bites do not seek medical care, the vast majority of tick bites are not registered. Official epidemiological data from cases registered in 1992-2001 in addition to data on tick bites from the same period were analysed in this study.

The polymerase chain reaction (PCR) with primers to gene p66 was used to detect *Borrelia burgdorferi sensu lato* in 190 ticks collected in nine areas of Arkhangelsk province. Genospecies characteristics of the agents were also determined. An enzyme immunoassay containing recombinant *Borrelia* antigens (p41, DbpA, OspC, and p66) was used to detect IgG antibodies in 101 serum samples from persons living in the Nenets autonomous district (a tundra zone that is free of ticks) and in 83 serum samples from persons bitten by ticks in the southern areas. To calculate the ratio between tick infectivity and the disease frequency, the number of persons bitten was divided by the average proportion of ticks infected with *Borrelia burgdorferi* and by the number of Lyme disease cases.

Results and discussion

In the 1990s, the number of Lyme disease cases in the Arkhangelsk province grew steadily, partly due to improvements in clinical and laboratory diagnostics (Figure 1). However, the Arkhangelsk province had the lowest incidence and a

Введение

Болезнь Лайма имеет широкое распространение. В России природные очаги этой инфекции регистрируются от западных границ до южного Сахалина (1), в том числе и на территории Северо-Западного региона (2-7). Однако и в этом регионе есть обширные районы, где до последнего времени не проводились исследования на инфицированность клещей *B. burgdorferi sensu lato* и диагноз «болезнь Лайма» ставился без серологического подтверждения. К ним относится Архангельская область, расположенная на севере Европейской части России. Её площадь составляет 587 тыс. кв. км. Территория области характеризуется разнообразием климатических условий, связанных с расположением в полярной, тундровой, лесотундровой и лесной зонах. Зональные особенности определяют разную степень распространения иксодовых клещей – переносчиков болезни Лайма. Они встречаются в южной лесной зоне области и практически отсутствуют в северной – полярной и тундровой.

Целью исследования было изучение распространения болезни Лайма в Архангельской области и уточнение генотипов возбудителя.

Материалы и методы

Проанализированы официальные показатели заболеваемости болезнью Лайма и данные о пострадавших от нападения клещей людей. С помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) (в работе использовали праймеры к гену p66) исследовано 190 экземпляров *I. persulcatus*, собранных на 9 территориях области, с целью определения их инфицированности *B. burgdorferi sensu lato* и установления геновидового состава возбудителя. С помощью разработанной на основе рекомбинантных антигенов боррелий p41, DbpA, OspC, p66 иммуноферментной тест-системы для определения IgG-антител к *B. burgdorferi sensu lato* исследована 101 сыворотка жителей Ненецкого автономного округа, расположенного в свободной от клещей зоне, и 83 сыворотки лиц, пострадавших от нападения клещей, из южных районов, у 13 из которых клинически диагностирована болезнь Лайма.

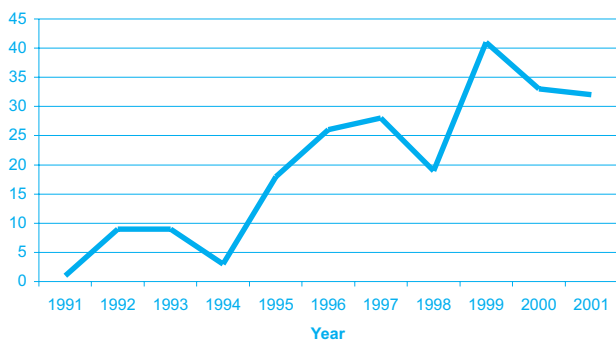
Результаты и обсуждение

За 1992-2001 годы выявлено 13638 пострадавших от нападения клещей и 106 больных болезнью Лайма. Средний показатель заболеваемости составил 2,6 на 100 тыс. населения, что в два раза меньше, чем по России в целом и в 8 раз меньше, чем в соседней Вологодской области (рис. 1). Частота заболевших среди пострадавших от нападения клещей составила 2%.

Сезонное распределение заболеваемости совпадало с пиком активности клещей. Подавляющее большинство (93%) больных зарегистрировано в мае – августе. Дети до 14 лет составили 5,4%. На возраст от 20 до 60 лет пришлось 45,9%. Значительная доля пенсионеров (47,3%).

Зависимость между заболеваемостью и профессией не прослежена. В то же время более тесные контакты жителей области с природой (поездки на дачу, сбор грибов и ягод, охота, рыбалка и т.д.) привели к значительному увеличению числа покусанных клещами (рис. 2). Однако более интенсивный рост числа больных (рис. 3) может быть объяснен также некоторым улучшением клинической и лабораторной диагностики.

Fig 1. Number of patients with Lyme borreliosis in the Arkhangelsk province during 1992-2001 / Динамика числа больных клещевым боррелиозом в Архангельской области в 1992-2001 гг.



slower increase in incidence of Lyme disease in the Russian Federation's north-western territories (Figure 2). Nevertheless, 13 638 persons bitten by ticks and 219 patients with Lyme disease were registered in the province during the ten year period 1992-2001, making Lyme disease more common than many other infections with natural foci (leptospirosis, tick-borne encephalitis and haemorrhagic fever with renal syndrome). The average incidence rate was 2.6 cases per 100 000 persons; two times lower than in the whole country and eight times lower than in the neighbouring Vologda province.

The seasonal distribution of cases correlated with tick activity, with over 90 % of the patients registered in the period May to August. The disease was rarely observed among children. Only 5.4 % of the cases were diagnosed in the age group up to 14 years. Half the cases were diagnosed in patients 20-60 years of age, and a substantial number of cases were diagnosed in retired persons.

Between 1999 and 2001, a significant increase in tick bites was noted (Figure 3). Close contact with the nature (summer-houses, mushroom- and berry-picking, hunting, fishing etc.) was a risk factor for tick bites. There was, however, no correlation between incidence of Lyme disease and the profession of the patients. Most persons (56.8% of cases) were infected as a result of tick bites contracted when working in their gardens.

Among 53 % of the patients the disease developed within 7 to 14 days after the tick bite. The incubation period was less than 7 days in 30 % of the patients, and in some patients the disease did not develop until 3 to 4 weeks after the tick bite. Two fifth of the patients (42 %) had fever, with temperatures between 38 and 39°C.

Annular erythema at the site of the tick bite was used as diagnostic criteria of Lyme disease in the patients. Since many patients with the disease do not have this typical skin lesion, it can be concluded that many cases of *Borrelia* infection were not diagnosed in the Arkhangelsk province. This conclusion was supported by data from seroepidemiological studies. In the southern areas, IgG antibodies were detected in 17 of 83 persons with tick bites and a titre increase was registered in nine persons. Clinical signs and symptoms of Lyme disease were registered in 13 of these persons (76% of persons with specific antibodies). The use of enzyme immunoassay allowed the diagnosis of four additional cases of Lyme disease. The specificity of the assay was very good and the analyses yielded no false positive results in samples from 101 patients from the northern areas of Arkhangelsk province where Lyme disease has not been reported.

Twenty-six percent of the ticks investigated (*Ixodes persulcatus*) were infected with *Borrelia burgdorferi sensu lato*. The frequency of tick infection varied between

Fig 2. Incidence of Lyme borreliosis in the Arkhangelsk and Vologda provinces during 1992-2001 in comparison with the whole country / Заболеваемость клещевым боррелиозом в Архангельской и Вологодской областях в 1992-2001 гг. – сравнение с данными по России в целом

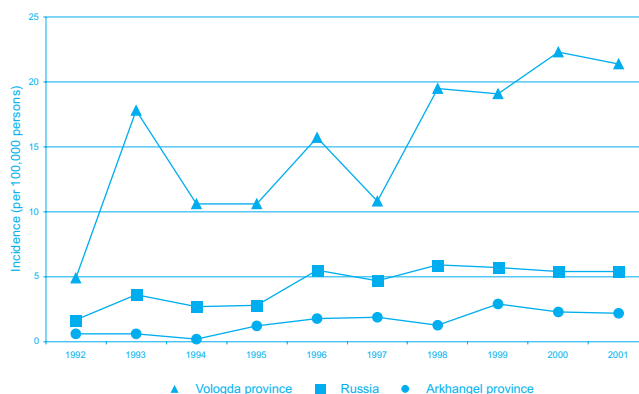
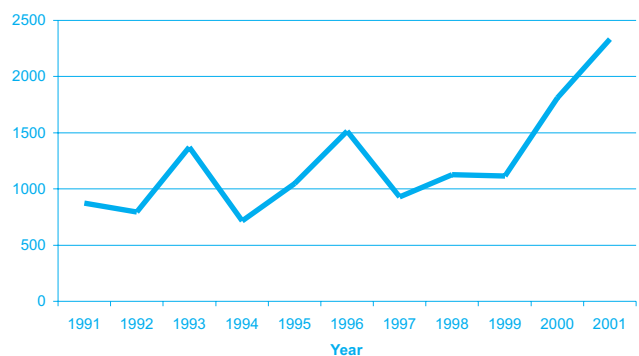


Fig 3. Number of persons bitten by ticks in the Arkhangelsk province during 1992-2001. / Число укусов клещами в Архангельской области в 1992-2001 гг.



Чаще всего (56,8%) инфицирование жителей Архангельской области происходило в результате нападения клещей во время работы на садово-огородных участках.

После присасывания клеща у 53% пострадавших заболевание развивалось через 7-14 дней, у 30% больных инкубационный период не превышал 7 дней и у остальных он достигал 3-4 недель. В 41,9% случаев болезнь Лайма сопровождалась лихорадкой, температура, как правило, достигала 38-39°C. У всех зарегистрированных больных отмечалась клещевая мигрирующая эритема на месте укуса клеща, то есть болезнь Лайма была диагностирована только при наличии характерного для этого заболевания поражения кожи. Так как кожные проявления встречаются далеко не во всех случаях болезни Лайма, то можно с большой степенью уверенности предположить, что у значительной части больных, перенесших эту инфекцию, она осталась нераспознанной. Это предположение подтверждается результатами серологических исследований. Так, при исследовании сывороток жителей южных районов области IgG-антитела к *B. burgdorferi sensu lato* выявлены у 17 пострадавших от клещей, при этом у 9 обследованных при исследовании парных сывороток было установлено нарастание показателей иммуноферментного анализа (ИФА). Применение ИФА позволило дополнительно диагностировать болезнь Лайма ещё у 4 человек. В то же время в сыворотках жителей Ненецкого автономного округа (северная зона области) антитела к *B. burgdorferi sensu lato* не были выявлены, что подтверждает специфичность используемой тест-системы.

Инфицированность клещей *I. persulcatus* боррелиями *B. burgdorferi sensu lato*

the different districts of the province. The overall ratio between tick infectivity and disease frequency in persons bitten by ticks was approximately 16:1 as compared to a ratio of 3:1 in St. Petersburg [3]. This difference may partly be the consequence of better health care provision in St. Petersburg, and the subsequent under-diagnosis of Lyme disease in the Arkhangelsk province.

Two *Borrelia* genotypes were detected among the collected ticks; *Borrelia afzelii* (74 % of the ticks) dominated over *Borrelia garinii* (16 % of the ticks). Ten percent of the ticks were infected with both *Borrelia* genotypes.

выявлена в 26% случаев. Отношение между инфицированностью клещей и частотой заболевших среди пострадавших от клещей составляет 16:1. Для сравнения: в Санкт-Петербурге этот показатель равен 3,1:1 (3). Значительная разница в этих показателях, на наш взгляд, может быть объяснена более доступной квалифицированной медицинской помощью в Санкт-Петербурге по сравнению с Архангельской областью и также косвенно свидетельствует о неполном выявлении больных в Архангельской области.

Геновидовой состав возбудителей, обнаруженных в клещах, представлен *B. afzelii* – 74%, *B. garinii* – 16% и *B. afzelii* и *B. garinii* одновременно – 10%.

References / Литература

1. Korenberg E et al. Tick-borne borreliosis – new disease in human [in Russian]. Zhurn Microbiol 1996; 4:104-8.
2. Rybakova N. et al. Epidemiological characteristics of zoonanthroposes in Vologda province [in Russian]. Epidemiol Infect Dis 2000; 4:8-11.
3. Tokarevich N. et al. Tick borreliosis in European North of Russia [in Russian]. Problems of tick-borne and parasitic diseases (St. Petersburg) 2000:46-61.
4. Alekseev A. et al. Tick-borne borreliosis pathogen identification in Ixodes (Acarina, Ixodidae) collected in St. Petersburg and Kaliningrad Baltic region of Russia. Wiad. Parazytol 1998; 44:136-42.
5. Antykova L, Tokarevich N. Epidemiology of diseases due to tick Borrelia in St. Petersburg. VIII Intern. Conf. on Lyme Borreliosis and other Emerging Tick-Born Diseases. Munich. 1999: 67.
6. Korenberg E. et al. The prevalence of *B. burgdorferi* sensu lato in *I. persulcatus* and *I. ricinus* ticks in the zone of their sympatry. Folia parasitol. 2001; 48:63-8.
7. Tokarevich N., Stoyanova N., Kulikov V. et al. Lyme borreliosis in Western Russia (Abstract) 10th European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, Stockholm. 2000: 216.

Epidemiological Situation in the Russian Federation in 2001

Эпидемиологическая ситуация в Российской Федерации в 2001г

G. G. Onischenko

Press release (abbreviated) of the Russian Information Agency Novosty

Г. Г. Онищенко

Пресс-релиз. Российское Информационное Агентство Новости

The sanitary-epidemiological situation in the country remained stable in 2001.

During the year 2001, 32.4 million cases of infectious diseases were registered, which was 19% less than in 2000. This was primarily due to decrease of influenza and acute upper respiratory tract infections.

A high coverage of children immunisation in the country has been achieved. As of January 1st, 2001, 95.3–98.5% of children had been vaccinated on time against diphtheria, mumps, measles and poliomyelitis. Supplemental vaccination against poliomyelitis was carried out in the Chechen Republic and the Ingushetia Republic, covering nearly 200 000 children up to 5 years of age.

These preventive measures contributed to 2.0–2.3 times decrease in the incidence of 20 diseases in 2001, including mumps, measles and pertussis. No cases of poliomyelitis of wild poliovirus etiology were registered.

In 2001, the lowest incidence of measles for the whole period of registration was reported (1.45 cases per 100 000). In 28 regions the disease was not registered, and in 30 regions 1 to 4 cases of measles were reported.

The incidence of diphtheria increased 19% in the Russian Federation, predominantly due to significant increase of cases in St. Petersburg, Leningrad, Smolensk and Samara oblasts. The disease was not registered in 52 federal territories of the Russian Federation, and there were less than 5 cases in 28 territories.

In 2001 the morbidity of dysentery decreased 38.3%, typhoid fever 36.0%, syphilis 13.5% and gonorrhoea 11.1%. The number of outbreaks of acute intestinal infections decreased from 107 to 71 and the number of cases – two times.

Decrease of vaccine-preventable infections was notified in the first two months of 2002 – for diphtheria 18% and pertussis 74%.

Decrease of the morbidity of certain nosologic forms of acute intestinal infectious diseases was noted for the first two months of the year. Bacterial dysentery decreased 34.4%, other salmonella infections 5.6% and typhoid fever 66.7%. Some increase in the incidence of acute intestinal infections was notified due to defined and non-defined etiology 22.2% and 3.5%

Санитарно-эпидемиологическая обстановка в стране в 2001 году в целом оставалась стабильной. В истекшем году было зарегистрировано 32,4 миллиона случаев инфекционных заболеваний, что на 19% меньше по сравнению с аналогичным периодом 2000 года. Это обусловлено, в основном, снижением заболеваемости гриппом и острыми инфекциями верхних дыхательных путей.

В стране достигнут высокий уровень охвата детей профилактическими прививками. По состоянию на 1 января 2001 года в установленные сроки вакцинировано 95,3-98,5% детей против дифтерии, эпидемического паротита, кори, полиомиелита. В Чеченской Республике и Республике Ингушетия проведена дополнительная иммунизация против полиомиелита с охватом около 200 тыс. детей в возрасте до 5 лет.

Все это позволило добиться в 2001 году снижения заболеваемости по 20 нозологическим формам, в том числе эпидемическим паротитом, корью и коклюшем – в 2-2,3 раза, не зарегистрировано ни одного случая заболевания полиомиелитом, вызванным диким полиовирусом.

В 2001 году имел место самый низкий уровень заболеваемости корью за все время регистрации этой инфекции – 1,45 на 100 тыс. населения. В 28 регионах заболевания вообще не регистрировались, в 30-имели место от 1 до 4 случаев кори.

Вместе с тем заболеваемость дифтерией в Российской Федерации выросла на 19%, но в основном за счет значительного увеличения числа больных в г. Санкт-Петербурге, Ленинградской, Смоленской и Самарской областях. Наряду с этим в 52 субъектах Российской Федерации заболевания не регистрировались, в 28-имели место менее 5 случаев.

В 2001г. отмечалось также снижение заболеваемости дизентерией на 38,3%, брюшным тифом на 36,8%, сифилисом на 13,5%, гонореей на 11,1%. Количество вспышек кишечных инфекцией сократилось со 107 до 71, а число пострадавших в 2 раза.

respectively.

The incidence of HIV-infection continued to increase. In 2001 totally 85 474 new cases were diagnosed, which is 1.5 times higher comparing with the previous year. The majority of infected persons were in the age-group 18-25 years.

By the 15th of April 2002, 190 598 HIV-positive persons have been registered in Russia, 2 948 of them were children under 14 years of age. On 28 territories of the Russian Federation the number of HIV-infection cases has increased over one thousand. 1 880 children were born to HIV-positive mothers. In the majority cases, these persons were young female drug users who have rejected their children. There are more than 34 000 HIV-positive persons in prisons, and the number of HIV-positive teenagers among prisoners has grown significantly.

For the first time in ten years the morbidity of acute viral hepatitis B and C decreased in 2001 - viral hepatitis B 17.2% (incidence 34.9 per 100 000) and viral hepatitis C 20.4% (incidence 16.5 per 100 000).

At the same time, an unfavourable hepatitis B morbidity situation was notified in several regions: the Republic of Tyva and St. Petersburg reported an incidence of 71.1 and 51.8 per 100 000, respectively. Novgorod, Bryansk and Vladimir oblasts reported increase of morbidity 98.6%, 39.8% and 22.9%, respectively.

The incidence of hepatitis B in January and February 2002 was 4.28 per 100 000, which was 37.9% less than in the same period last year. Decrease of the incidence rate was registered on 73 federal territories of the Russian Federation. At the same time, in Ivanovsk, Vladimir, Tula, Novosibirsk and other oblasts as well as in Primorski krai, the incidence was 1.5-2 times higher than average.

In 2001 decrease of hepatitis C morbidity was registered in 58 regions (Kostroma, Orenburg, Penza et al) of the country. In several regions - Smolensk, Kaliningrad oblasts, the Mary-El Republic and Altayski krai - the incidence rates exceeded the federal average: 46%, 65%, 56% and 38%, respectively.

During the first two months of 2002 incidence of viral hepatitis C decreased 58.6% (1.5 per 100 000 in comparison to 3.6 in the same period in 2001).

Increase of viral hepatitis A incidence, that has been observed since 1999, continues. In 2001 incidence was 78.5 per 100 000, which was 38.3% more than in 2000 (56.7 per 100 000). In 2001 viral hepatitis A incidence increased in 66 regions: in Dalnevostochny Federal okrug 32.3%, in Privolzhsky Federal okrug 31.7%, in North-West Federal okrug 21.4%, Ural Federal okrug 15.6% and Southern Federal okrug 10.1%.

In the first two months of 2002 viral hepatitis A incidence decreased 28.9% in comparison to the same period of 2001 and was 10.6 per 100 000.

The epidemiological situation of infections with environmental foci continues to be strained. In 2001 over eight thousand cases of haemorrhagic fever with renal syndrome were notified, half of them in Bashkortostan and Udmurt Republics. An outbreak with 62 cases of this infection was notified in Voronezh oblast in December 2001. Incidence of haemorrhagic fever with renal syndrom increased 25.0% in the first two months of 2002; totally was reported 794 cases comparing with 639 cases in the same period 2001. Approximately 80% cases were diagnosed on endemic territories in Privolzhsk Federal okrug, primarily in Bashkortostan Republic and Udmurt Republic.

Incidence of tick-borne encephalitis cases increased 9.0%.

In 2001 the epidemiological situation of rabies sharply deteriorated. Twenty-two persons died from this infection compared to seven persons in 2000. Ten of these cases were reported in the Northern Osetia (Alania) and Dagestan Republics. During the first two months of 2002 four persons died from rabies in Russia.

Положительные тенденции за первые два месяца 2002 года отмечены в снижении заболеваемости в группе инфекций, управляемых средствами специфической профилактики, где снижение заболеваемости отмечено от 18% при дифтерии до 74% - при коклюше.

Отмечается снижение заболеваемости по отдельным нозологическим формам инфекций, входящих в группу острых кишечных инфекционных заболеваний (ОКИ) за два месяца т.г. Так бактериальная дизентерия снизилась на 34,4%, другие сальмонеллезные инфекции на -5,6%, брюшной тиф - на 66,7%. Некоторый рост заболеваемости отмечен среди острых кишечных инфекций среди с установленным и неустановленным возбудителем на 22,2 и 3,5% соответственно.

Вместе с тем продолжается рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией. В 2001 году выявлено 85474 больных, что в 1,5 раза больше по сравнению с предыдущим годом. Большинство зараженных по-прежнему приходится на возрастную группу 18 - 25 лет.

На 15 апреля 2002г. в России зарегистрировано 190598 ВИЧ-инфицированных из них 2948 детей до 14 лет. На 28 территориях Российской Федерации число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции превысило 1000. От ВИЧ-инфицированных женщин родился 1880 ребенок, в подавляющем большинстве случаев это молодые женщины-наркопотребители, отказавшиеся от своих детей. В местах заключения содержится более 34 тысяч ВИЧ-инфицированных, среди которых значительно выросло число лиц подросткового возраста.

В 2001г., впервые за последние 10 лет, заболеваемость острыми парентеральными вирусными гепатитами В и С снизилась: по ВГВ на 17,2% и составила 34,9 на 100 тыс. населения и по ВГС на 20,4% - 16,5 на 100 000 населения соответственно.

Вместе с тем в ряде регионов отмечается крайне неблагоприятная обстановка по ВГВ: Республика Тыва (показатель заболеваемости - 71,1 на 100 тыс. населения, г. Санкт-Петербург (51,8), в таких областях, как Новгородская (94,0 - рост на 98,6%), Брянская - рост на 39,8%, Владимирская область - рост на 22,9%).

Заболеваемость гепатитом В за январь-февраль 2002г. составила 4,28 на 100 тыс. населения, что на 37,9% ниже по сравнению с аналогичным периодом прошлого года, снижение показателей заболеваемости зарегистрировано в 73 субъекта Федерации. Однако, в Ивановской, Владимирской, Тульской, Новосибирской и др. областях, Приморском крае уровень заболеваемости в 1,5-2 превышает среднефедеративный.

В 2001г. в 58 регионах страны зарегистрировано снижение уровня заболеваемости гепатитом С по сравнению с 2000г.(Костромская, Оренбургская, Пензенская и др.). Но в ряде регионов страны показатели заболеваемости превышают среднефедеративные: Смоленская область - рост на 46%, Калининградская - на 65%, Республика Марий Эл - на 56%, Алтайский край - на 38%.

В первые два месяца 2002г. на 58,6% снизились показатели заболеваемости ВГС (1,5 на 100 тыс. населения по сравнению с 3,6 за аналогичный период 2001г.).

Продолжается наметившийся с 1999г. неуклонный подъем заболеваемости вирусным гепатитом А. В 2001г. показатели заболеваемости составили 78,5 на 100 тыс. населения, что на 38,3% выше по сравнению с 2000г. (56,7 на 100 тыс.). В 2001г. в 66 регионах страны был отмечен рост заболеваемости ВГА. По сравнению с 2000г. зарегистрирован рост заболеваемости ВГА в Дальневосточном Федеральном округе на 32,3%, Приволжском Федеральном округе - на 31,7%, Северо-Западном Федеральном округе - на 21,4%, Уральском Федеральном округе на 15,6%, Южном Федеральном округе на 10,1%.

За первые два месяца 2002г. заболеваемость ВГА снизилась на 28,9% по сравнению с аналогичным периодом 2001г. и составила 10,6 на 100 тыс населения.

Продолжает оставаться напряженной эпидемиологическая обстановка по ряду природно-очаговых инфекций. В 2001г. зарегистрировано свыше 8 тыс. случаев заболеваний геморрагической лихорадкой с почечным синдромом, половина из них - в Республике Башкортостан и Удмуртской Республике. В декабре 2001 года в Воронежской области возникла вспышка этой инфекции с числом пострадавших 62 человека. Возросла заболеваемость геморрагической лихорадкой с почечным синдромом на 25% и составила 794 случая 639, зарегистрированных за тот же период 2001 года, при этом 80% заболеваний приходится на эндемичные территории в Приволжском Федеральном округе, прежде всего Республику Башкортостан, Удмуртскую Республику.

Заболеваемость клещевым энцефалитом возросла на 9%.

В 2001 году резко осложнилась эпидемиологическая обстановка по бешенству, от этой инфекции погибло 22 человека (в 2000г. - 7 случаев), из них 10 человек в республиках Северная Осетия (Алания) и Дагестан. За 2 месяца 2002г. в России от заболевания бешенством погибли 4 человека.

(Сокращённый текст)

Increase in Incidence of Tick-borne Encephalitis in Lithuania in the 1990s

Увеличение заболеваемости клещевым энцефалитом в Литве в 1990-х годах

A. Juzeviciene¹, A. Laiskonis¹, P. Leinikki²

¹ Kaunas Medical University of Lithuania, Clinic of Infectious Diseases, Kaunas, Lithuania, ² Department of Infectious Disease Epidemiology, National Public Health Institute (KTL), Helsinki, Finland

А. Юцевициене, А. Лайсконис, Р. Лейникки

Каунасский Медицинский Университет Литвы, Клиника инфекционных заболеваний, Каунас, Литва, Отдел эпидемиологии инфекционных заболеваний, Государственный институт народного здоровья, Хельсинки, Финляндия

Neurological infections of tick-borne encephalitis virus (TBEV) etiology cause significant morbidity in Lithuania. Several hundred clinical cases verified by laboratory diagnosis are reported annually. While the number of reported cases have increased rapidly during the 1990s, the rise may have been due to improved laboratory methods and increased awareness among both the public and the doctors.

Hospital records from four hospitals were examined for three different categories, bacterial meningoenkephalitis or meningitis, viral neuroinfections and tick-borne encephalitis (TBE). The overall numbers of bacterial infections remained rather constant while viral neuroinfections increased significantly. A sharp increase of TBE cases was observed between 1992 and 1993 and the increase continued in the 1990s. Significant differences were observed between the hospitals.

The results of the investigation indicate a significant increase in the occurrence of clinically manifested TBE cases in the 1990s. This increase may be due to change in the risk of infection, climatic changes, and warrants a re-evaluation of the current vaccination policy.

Introduction

Notification data show an increase of TBE cases in several countries in the Baltic Sea region (1). In Lithuania the increase started in the early 1990s and was most significant in the years 1993-1995. At the same time, commercial enzyme immunoassays (EIA) became available for the specific diagnosis of the disease and replaced the other more conventional and cumbersome tests. It is also possible that during the concomitant reform of the health system, changes in clinical practice or case definitions may have influenced the reported incidence of TBE.

On the other hand, several other factors may have increased the risk for TBEV infections. Climatic changes have been documented during the 1990s that may have affected the distribution of ticks (2). A link has been reported between certain climatic features and the increase in TBE cases in Sweden (1). Socioeconomic changes in Lithuania during the transition period have resulted in the dissolution and reorganisation of the agricultural and industrial structures and increased unemployment. This may have influenced disease epidemiology through behavioural changes of people and families.

TBE has remained geographically restricted; certain areas are well-known "hot spots" of infection while new risk areas have been detected only on occasion (3,4). A vaccine is available and has been recommended to people living or visiting areas known to carry high risk for TBE (5,6). If the virus is detected in new areas, the vaccination policy must be adjusted.

We have analyzed data concerning neurological infections and other clinical conditions from clinical records in four hospitals in Lithuania in 1984-1999. Hospital records indicate that real increase in the incidence of TBE has occurred during the 1990s in Lithuania.

Material and methods

Hospital records from Kaunas Clinic of Infectious Diseases, Vilnius Hospital for Infectious Diseases, Panevezys Hospital for Infectious Diseases and Department of Infectious Diseases, Siauliai Hospital were investigated. Numbers of patients with a diagnosis of neurological infection were collected from four hospitals and patient records with a discharge diagnosis of neurological infection were examined. The number of patients having viral meningoenkephalitis or meningitis, tick-borne encephalitis, or bacterial meningitis were collected from all hospitals in 1984-2000. The TBE case definition had remained the same throughout the observation period and included typical clinical picture, relevant epidemiological information and laboratory examinations. Since 1994, specific laboratory diagnosis was confirmed in most cases by demonstrating antibodies (a significant increase in antibody titres between acute and convalescent

Введение

Статистика регистрации показывает увеличение заболеваемости клещевым энцефалитом (КЭ) во многих странах региона Балтийского моря. В Литве это увеличение началось в начале 1990-х годов и было наиболее значительным в 1993-1995 гг. В то же время для специфической диагностики заболевания стали доступны коммерческие EIA тесты, которые заменили другие более традиционные и громоздкие. С другой стороны, многие другие факторы увеличили риск заболевания КЭ-инфекции. В течение 1990-х годов документированы изменения климата, которые могут вызывать изменения в распространении клещей. Например, в Швеции отмечена связь между определенными чертами климата и увеличением заболеваемости КЭ. Социально-экономические изменения в Литве в переходный период привели к распаду и реорганизации сельскохозяйственных и промышленных структур и увеличению безработицы. Это могло повлиять на эпидемиологию заболевания через изменения в поведении людей и семей. Наконец, также возможно, что во время сопутствующей реформы системы здравоохранения были внедрены изменения в клиническую практику или дефиницию заболевания, которые могли повлиять на регистрацию заболеваемости КЭ. КЭ осталось географически ограниченной, определенные районы давно известны как "горячие точки" по заболеванию, в то же время как новые районы риска выявляются редко. Вакцина доступна и рекомендуется людям, живущим или посещающим районы, известные как районы с высоким риском КЭ. Если вирус будет распространяться на новые районы, политика вакцинации должна быть соответствовать этому. Мы собрали данные клинических отчетов о неврологической инфекции и других клинических состояниях в четырех больницах Литвы за 1984-1999 гг. Больничные отчеты подтверждают, что в течение 1990-х годов в Литве произошло действительное увеличение заболеваемости КЭ.

Материалы и методы

Были изучены больничные отчеты из четырех больниц (Каунасская клиника инфекционных болезней, Вильнюсская больница инфекционных болезней, Шауляйская больница). Из этих четырех больниц были собраны количественные данные о больных с диагнозом неврологической инфекции и были просмотрены истории болезни с окончательным диагнозом неврологической инфекции. Из всех четырех больниц были собраны данные о больных вирусным менинго-энцефалитом или менингитом, клещевым энцефалитом или бактериальным менингитом за 1984-2000 гг. Дефинирование клинического случая КЭ оставалось одинаковым в наблюдаемый период и включало типичную клиническую картину, соответствующую эпидемиологическую информацию и лабораторные исследования. Специфический лабораторный диагноз был подтвержден в большинстве случаев определением антител (значительное увеличение титров антител между сыворотками острой и реконвалесцентной фазами, единичный высокий титр или определение антител в спинномозговой жидкости) методом ингибирования геммагглютинации, который сопровождался коммерческим ELISA тестом

Table 1. Comparison of the number of annual cases of tick-borne encephalitis, bacterial meningoenzephalitis and viral meningoenzephalitis in two major hospitals in Lithuania, 1984-2000 / Сравнительное годовое число случаев КЭ, бактериального менингоэнцефалита и вирусного менингоэнцефалита в двух основных больницах Литвы, 1984-2000гг

Year	Bacterial meningoenzephalitis		Viral meningoenzephalitis		Tick-borne enzephalitis	
	Kaunas	Vilnius	Kaunas	Vilnius	Kaunas	Vilnius
1984	16	32	121	48	17	0
1985	16	27	41	54	2	0
1986	5	23	37	58	7	0
1987	8	13	104	122	7	0
1988	6	10	118	95	0	0
1989	4	7	86	31	4	0
1990	7	17	55	25	3	0
1991	7	32	42	39	5	0
1992	27	19	45	37	2	0
1993	19	23	92	48	50	0
1994	21	29	111	58	34	7
1995	23	17	127	44	110	7
1996	16	26	154	50	97	15
1997	27	21	151	118	148	38
1998	24	21	115	118	146	31
1999	21	11	145	127	90	13
2000	22	21	144	76	175	10

Table 2. Application of laboratory testing for the diagnosis of tick-borne encephalitis in Kaunas Hospital in 1990-2000 / Использование лабораторного тестирования КЭ в больнице Каунаса в 1990-2000гг

Year	Method used*	No of TBE cases
1990	HI**	3
1991	HI**	5
1992	HI**	2
1993	HI**	50
1994	HI and EIA***	34
1995	HI and EIA***	110
1996	HI and EIA***	97
1997	EIA/total	148
1998	EIA/IgM	146
1999	EIA/IgM	90
2000	EIA/IgM	175

* All TBE cases until 1997 were confirmed in the Vilnius laboratory / Все случаи КЭ были подтверждены в Вильнюсской лаборатории до 1997г

** Hemagglutination Inhibitor / Ингибция гемагглютинации

*** Hemagglutination Inhibition, EIA on HI-reactive samples /

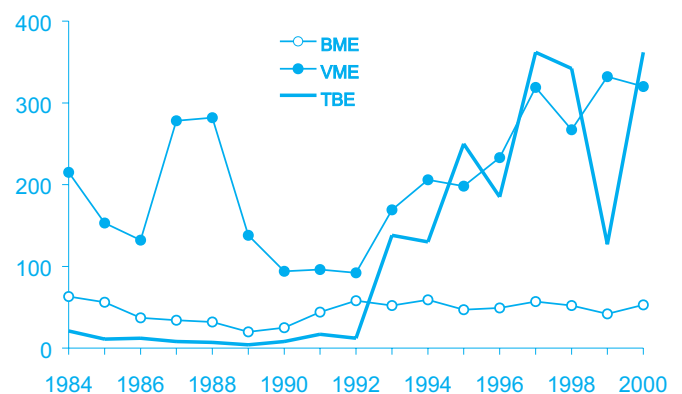
Ингибция гемагглютинации, EIA при ИГ-положительных пробах

sera, a single high titer or demonstration of antibodies in CSF) by the haemagglutination inhibition (HI) method and a commercially available EIA test. Vilnius was the reference laboratory. In 1996, a diagnostic laboratory was established in Kaunas and tests were thereafter performed in this facility. Various hospitals implemented the tests in slightly different way. In Vilnius HI and EIA (Immunozyum, Progen Immuno tests) were run in parallel until 1996 after which only EIA was used. In Kaunas an EIA for total antibodies was used from 1997. IgM antibodies were tested from 1998. Since 2000, all hospital laboratories started to use IgM EIA.

Results

There has been a significant increase in the number of hospitalised patients with neurological infections during the 1990s (Fig 1). Cases of viral meningoenzephalitis increased sharply from 1992 to 1993 with two peaks in 1997 and in 1999. Laboratory data suggest that these peaks were due to outbreaks of enteroviral infections that were observed concomitantly in other European countries (7).

Fig 1. Annual number of reported cases of tick-borne encephalitis (TBE), bacterial meningoenzephalitis (BME) and viral meningoenzephalitis (VME) in Vilnius, Kaunas, Panevezys and Siauliai districts of Lithuania, 1984-2000 / Годовое число случаев КЭ, бактериального менингоэнцефалита (BME) и вирусного менингоэнцефалита (VME) в Вильнюсском, Каунасском, Паневежисском и Шауляйском регионах Литвы, 1984-2000гг



с 1994 г. Вильнюс был референс-лабораторией, куда посылались пробы из других больниц. В Каунасе в 1996 г. была основана диагностическая лаборатория и после этого тесты проводились там. Различные больницы применяли тесты несколько различно: в Вильнюсе HI и ELISA (Immunozyum, Progen Immuno) проводились параллельно до 1996 г., после чего использовалась только ELISA. В Каунасе ELISA для определения общих антител использовалась с 1997 г. IgM антитела определялись с 1998 г. С 2000 г. все больницы используют собственные лаборатории, применяя IgM ELISA.

Результаты

Отмечалось значительное увеличение числа госпитализированных больных с неврологической инфекцией в течение 1990-х годов (рис.1). Случаи вирусного менингоэнцефалита резко увеличились с 1992 до 1993 год и после этого отмечалось два пика, первый в 1997 и второй в 1999 году. Лабораторные данные предполагают, что эти пики зависели от вспышек энтеровирусных инфекций, которые одновременно наблюдались в других европейских странах. Ежегодное количество бактериальных

Annual numbers of bacterial meningoencephalitis cases remained constant from year to year in the observation period. TBE "appeared" to the statistics in 1993 and has increased year by year ever since. In Vilnius, which contributes almost half of the annual cases in the country, a very modest increase was observed while in Kaunas, Siauliai and Panevezys a high increase was reported (Table 1). There is no indication that changes occurred due to the availability of specific laboratory tests. In 1993-1995 all samples were sent to the Vilnius laboratory. Since 1997 tests for the Kaunas district were performed in the laboratory at the Kaunas Infectious Disease Hospital using the same commercial test (Table 2). In 1997, 1998 and 2000 the disease was particularly prevalent. Comparison of the patient records and, in particular, the lumbar puncture tests did not indicate any changes in the practice of requesting specific laboratory tests.

Discussion

Our analysis suggests that in the Kaunas region there was a significant increase in the incidence of neurological infections in the 1990s. A similar increase was observed in Panevezys and Siauliai regions. The case definition was based on clinical features and lumbar puncture and did not change during the observation period indicating that the increase of reported cases was real. A recent sero-epidemiological study lends support to this conclusion. The age-specific sero-positivity rate did not increase in a population-based survey that could be explained by an increased exposure of younger people (7). An possible explanation could be climatic changes that influenced the infectivity of ticks (8).

A similar increase could not be observed in the Vilnius region suggesting that the increase was geographically restricted. The disease seems to remain in the same areas over long periods; new foci are occasionally observed (6). This has been well documented for instance in Finland, where Åland has remained a "hot spot" for decades (9).

Several factors may have contributed to this increase. First, a change in the ecological system may have increased the number of infected ticks in certain areas. An analysis of various tick species in Lithuania was recently published (10). Further studies are needed to assess whether changes in tick ecology have taken place in Lithuania during recent years. Clinically manifested cases of borreliosis have also increased in the Kaunas region (personal communication).

TBE is a prevalent disease in Lithuania causing annually several hundred clinical cases as reported to the epidemiological centre. A considerable proportion of patients suffer from short or long term sequelae increasing the burden imposed to the health care system. An effective vaccine is available, but it is expensive and needs frequent boosting thus increasing the total costs and need for an effective infrastructure. An alternative strategy would be to use selected vaccinations based on assumptive risks for infection in different occupations or areas of residence. To assess the feasibility of this approach, a careful mapping of the incidence and prevalence of the disease in Lithuania is needed. Cows and sheep could serve as sentinels to map the locations of greater than average risk areas.

Acknowledgement

AJ was the recipient of a research grant from the Nordic Council of Ministers through the project "Infectious Disease Control in the Barents and Baltic Sea Regions". We thank S. Panavas, E. Preidys, A. Gulbiniene, and I. Ruðkviene for valuable help in collecting data from the hospitals of infectious diseases in Lithuania and V. Kilciauskiene for consultation regarding laboratory testing.

References / Литература

1. Lindgren E and Gustafson R. Tick-borne encephalitis in Sweden and climatic change. *Lancet* 2001; 358: 16-18.
2. Randolph SE and Rogers DJ. Fragile transmission cycles of tick-borne encephalitis virus may be disrupted by predicted climate change. *Proc R Soc London B* 2000; 267: 1741-44.
3. Kaiser R. The clinical and epidemiological profile of tick-borne encephalitis in southern Germany 1994-98: a prospective study of 656 patients. *Brain* 1999; 122: 2067-78.
4. Haglund et al. A 10-year Follow-up study of TBE in the Stockholm Area and a review of the literature: Need for a vaccination strategy. *Scand J Infect Dis* 1996; 28: 217-24.
5. International scientific working group on TBE. <http://www.tbe-info.com>
6. Immuno Ag. Tick-borne encephalitis (TBE) and its immunoprophylaxis. Vienna: Immuno Ag, 1997.
7. Juceviciene A et al: Seroprevalence of tick-borne encephalitis virus in Lithuania. *J Clin Virol*. In press.
8. Randolph SE, Gern L and Nuttall PA. Co-feeding ticks: epidemiological significance for tick-borne pathogen transmission. *Parasitology Today* 1996; 12: 472-9.
9. Brummer-Korvenkontio M, Saikku P, Korhonen P. Isolation of tick-borne encephalitis virus from arthropods, vertebrates and patients. *Amer J Trop Med Hyg* 1973; 22: 382-9.
10. Zygutiene M. The entomological and acarological situation in Lithuania. *EpiNorth* 2001; 2: 10-11.

менинго-энцефалитов оставалось скорее постоянным из года в год в течение наблюдаемого периода. КЭ появился в статистике в 1993 г. и с этого времени увеличивался из года в год. В Вильнюсе, который поставляет почти половину годового количества случаев в стране, наблюдался умеренный рост, в то время как в Каунасе, Шауляе и Паневежисе наблюдалось очень четкое увеличение (табл. 1). Не доказано, что эти изменения были бы результатом доступности специфических лабораторных исследований. В течение 1993-1995 гг пробы были посланы в лабораторию в Вильнюсе, в то время как с 1997 года тесты для Каунасского района проводились в лаборатории Каунасской инфекционной больницы, используя одинаковый коммерческий тест (табл. 2) В 1997, 1998 и 2000 годах заболевание КЭ оказалось преобладающим. Сравнение истории болезни и в частности находок люмбальной пункции не выявило никаких изменений в практике назначения специфических лабораторных тестов.

Обсуждение

Наш анализ предполагает, что в Каунасском районе наблюдалось значительное увеличение заболеваемости с клиническими проявлениями невроинфекции в течение 1990 годов. Подобное увеличение наблюдалось также в районах Паневежиса и Шауляя. Дефиниция клинического случая заболевания была основана на клинических проявлениях и люмбальной пункции и не изменилось в течение наблюдаемого периода, показывая, что увеличение было реальное. Недавнее серозидемиологическое исследование подтверждает этот вывод. Соответствующий возрастной уровень серопозитивности не увеличился по данным исследования основанной на результатах популяционного исследования. Причина увеличения неизвестна, корреляция между серопозитивностью и предполагаемыми поведенческими факторами риска кажется скорее слабой. Вероятным объяснением может быть недавнее изменение климатических условий, которое влияет на активность клещей.

Подобное увеличение не наблюдалось в районе Вильнюса, что предполагает, что увеличение было географически ограниченным. Заболеваемость наблюдается в одном и том же районе на долго. Время от времени появляются новые очаги, но в большинстве случаев заболевание встречается из года в год в одном и том же районе и вокруг одного и того же очага риска. Данное обстоятельство хорошо документировано, например, в Финляндии, где Оланд остается горячей точкой десятилетиями (11). Многие факторы могли содействовать такому увеличению. Во первых, в экологической системе могла увеличиться численность инфицированных клещей. Недавно опубликованы результаты анализа различных видов клещей в Литве (12). Для оценки изменения экологии клещей в Литве в последние годы необходимы дальнейшие исследования. Представляют также интерес сообщения клиницистов об увеличении числа случаев клинически выраженного боррелиоза в районе Каунаса (личное сообщение).

По данным эпидемиологического центра, КЭ является преобладающим заболеванием в Литве, обуславливающим ежегодно несколько сот клинических случаев. Значительная часть больных страдает от кратковременных или долговременных осложнений, увеличивая бремя здравоохранения на общество. Эффективная вакцина доступна, но она дорогая и требует частой ревакцинации, увеличивая общую стоимость и вызывая необходимость хорошо действующей инфраструктуры. Альтернативной стратегией может быть использование избирательной вакцинации групп риска. Чтобы оценить осуществимость этого подхода в Литве, необходимо тщательное картирование заболеваемости и преобладания заболевания: коровы и овцы могут служить в качестве объекта наблюдения для картирования локализации районов с риском большим, чем средний.

WHO New Treatment Guidelines for Gonorrhoea and Syphilis

The World Health Organization has recently issued "Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections". The whole document can be viewed, downloaded or ordered at www.who.int/HIV_AIDS/. Below are the WHO treatment recommendations for two common sexually transmitted infections, gonorrhoea and early syphilis:

Gonorrhoea: uncomplicated anogenital gonococcal infection

A large proportion of gonococcal isolates worldwide are now resistant to penicillins, tetracyclines, and other older antimicrobial agents, which can therefore no longer be recommended for the treatment of gonorrhoea. It is important to monitor local *in vitro* susceptibility, as well as the clinical efficacy of recommended regimens.

Recommended regimens

- ciprofloxacin, 500 mg orally, as a single dose
- OR azithromycin, 2 g orally, as a single dose
- OR ceftriaxone, 125 mg by intramuscular injection, as a single dose
- OR cefixime, 400 mg orally, as a single dose
- OR spectinomycin, 2 g by intramuscular injection, as a single dose.

Note: Ciprofloxacin is contraindicated in pregnancy and is not recommended for use in children and adolescents. There is accumulating evidence that the cure rate of Azithromycin for gonococcal infections is best achieved by a 2-gram single dose regime. The 1-gram dose provides protracted sub-therapeutic levels which may precipitate the emergence of resistance. There are variations in the anti-gonococcal activity of individual quinolones, and it is important to use only the most active.

Alternative regimens which may be useful in some countries, depending on the prevalence of resistant gonococci

- kanamycin, 2 g by intramuscular injection as a single dose
- OR trimethoprim (80 mg)/sulfamethoxazole (400 mg), 10 tablets orally, as a single dose daily for 3 days.

Note: Kanamycin and trimethoprim/sulfamethoxazole should only be used in areas where *in vitro* resistance rates are low and are monitored at regular intervals. In addition, second-line treatment with recommended drugs should be available.

Early syphilis: primary, secondary, or latent syphilis of not more than two years' duration

Recommended regimen

benzathine benzylpenicillin, 2.4 million IU, by intramuscular injection, at a single session. (Because of the volume involved, this dose is usually given as two injections at separate sites.)

Alternative regimen

procaine benzylpenicillin, 1.2 million IU daily, by intramuscular injection, for 10 consecutive days.

Alternative regimen for penicillin-allergic non-pregnant patients

- doxycycline, 100 mg orally, twice daily for 15 days.
- OR tetracycline, 500 mg orally, 4 times daily for 15 days

Note: Benzathine benzylpenicillin is also called benzathine penicillin G, benzylpenicillin benzathine and benzathine penicillin. Procaine benzylpenicillin is also called procaine penicillin G.

Новые указания ВОЗ по лечению гонорреи и сифилиса

ВОЗ недавно издала «Указания по лечению инфекций, передаваемых половым путем». Документ целиком можно прочитать, перезаписать или заказать по интернету www.who.int/HIV_AIDS/. Ниже приводятся рекомендации ВОЗ по лечению двух обычных инфекций, передаваемых половым путем, гонорреи и раннего сифилиса:

Гоноррея: неосложненная аногенитальная гоноррейнá инфекция.

В данное время большая часть изолированных во всем мире культур гонорреи резистентны к пенициллину, тетрациклину и другим более старым антибиотическим агентам, которые больше не могут быть рекомендованы для лечения гонорреи. Важно следить за местной чувствительностью *in vitro* так же как и за клинической эффективностью рекомендованного лечения.

Рекомендованные схемы лечения

- Ципрофлоксацин, 500 мг орально, однократно
- или азитромицин, 2 г орально, однократно
- или цефтриаксон, 125 мг внутримышечно, однократно
- или цефиксим, 400 мг орально, однократно
- или спектиномицин, 2 г орально, однократно.

Замечание: Ципрофлоксацин противопоказан при беременности и не рекомендуется при лечении детей и подростков. Имеются накапливающиеся доказательства того, что лечебная доза азитромицина при гонококковой инфекции лучше всего достигается однократной дозой в 2 грамма. Доза в 1 грамм обеспечивает длительный субтерапевтический уровень, который может вызвать появление резистентности. Наблюдаются вариации в антигонококковой активности отдельных кинолонов и поэтому важно использовать наиболее активные кинолоны.

Альтернативные схемы лечения, которые могут оказаться полезными в некоторых странах, в зависимости от превалирования резистентных гонококков.

- Канамицин 2 г внутримышечно, однократно
- или триметоприм (80 мг)/сульфаметоксазол (400 мг), 10 таблеток орально одной дозой в день, в течение трех дней.

Замечание: Канамицин и триметоприм/сульфаметоксазол могут быть использованы только в регионах, где уровень резистентности *in vitro* низок и слежение за резистентностью производится с регулярными интервалами и, кроме того, доступно лечение рекомендованными препаратами второго выбора.

Ранний сифилис: первичный, вторичный или латентный сифилис, не более чем двухлетней длительности.

Рекомендованная схема лечения

Бензатин бензилпенициллин 2,4 миллиона МЕ внутримышечно, однократно (Из-за большого объема препарата, эта доза вводится как две отдельные инъекции в разные места.)

Альтернативная схема лечения

Прокаин бензилпенициллин 1,2 миллиона МЕ ежедневно внутримышечно, в течение 10 дней.

Альтернативная схема лечения для пенициллин аллергичных не беременных пациентов

- Доксициклин 100 мг орально, дважды в день в течение 15 дней
- или тетрациклин 500 мг орально, 4 раза в день в течение 15 дней

Замечание: Бензатин бензилпенициллин также называется бензатин пенициллин G, бензилпенициллин бензатин и бензатин пенициллин. Прокаин бензилпенициллин также называется прокаин пенициллин G.

Disease / Infection	Bulgaria						Croatia					
	1999		2000		2001		1999		2000		2001	
	Total No.	Per 100000	Total No.	Per 100000	Total No.	Per 100000	Total No.	Per 100000	Total No.	Per 100000	Total No.	Per 100000
Anthrax	3	0.36	13	0.16	6	0.07	0	0	2	0.04	1	0.02
Brucellosis	7	0.83	11	0.13	7	0.83	3	0.06	5	0.1	7	0.1
Diphtheria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Campylobacteriosis							0	0	n.a	n.a	n.a	n.a
Listeriosis	1	0.01	1	0.01	4	0.05	0	0	1	0.02	1	0.02
Salmonellosis	1,083	12.91	772	9.38	756	9.02	4,121	90.8	5,134	113.2	5,615	123.8
Shigellosis	1,826	21.79	1,620	19.68	1,816	21.66	128	2.80	49	1.0	31	0.6
Trihinellosis	92	1.15	417	5.21	88	1.1	258	5.6	152	3.3	52	1.1
Rubella	4,215	50.27	28,449	345.65	1,655	19.74	16	0.3	8	0.1	3	0.06
Congenital Rubella syndrom	0	0	0	0	0	0	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
Measles	24	0.28	46	0.55	8	0.8	31	0.6	9	0.1	8	0.1
Mumps	15,845	188.97	2,357	28.64	1,446	17.25	175	3.8	152	3.3	115	2.5
Pertussis	123	1.46	106	1.29	81	0.97	333	7.3	196	4.3	127	2.8
Hepatitis A	7,269	87.8	7,119	86.5	6,485	79.2	379	8.3	507	11.1	285	6.2
Hepatitis B	1,407	17.0	1,230	14.9	1,134	13.8	215	4.7	189	4.1	198	4.3
Hepatitis C	80	1.0	88	1.1	103	1.3	166	3.6	148	3.2	122	2.6
Hib	0	0	0	0	14	0.17	15	0.3	17	0.3	24	0.5
Tetanus	10	0.11	3	0.04	4	0.05	13	0.2	18	0.3	14	0.3
Neonatal tetanus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Legionellosis	0	0	0	0	0	0	7	0.1	10	0.2	17	0.3
Lyme disease	270	3.22	296	3.59	364	4.34	232	5.1	235	5.1	311	6.8
Tick-borne encephalitis	0	0	0	0	0	0	26	0.5	18	0.3	27	0.5
Meningococcal meningitis	80	0.95	87	1.05	36	0.43	58	1.2	40	0.8	37	0.8
Typhoid fever	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.04	0	0
Syphilis	2,509	31.36	1,615	20.57	1,455	18.18	20	0.4	10	0.2	19	0.4
Tuberculosis total	3,732	45.5	3,349	41.0	3785*	46.5*	1,832	40.3	1,641	36.1	1,424	31.3
Tuberculosis respiratory							n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
Tularemia	44	0.52	24	0.29	4	0.05	29	0.6	4	0.08	4	0.08
HIV-disease	11	0.13	16	0.2	14	0.17	17	0.3	17	0.3	9	0.1
HIV-infection	27	0.33	49	0.61	40	0.5	29	0.6	23	0.5	15	0.3

* Preliminary data

*** Insufficient data

** Inc. recidives

n.a - not available

**Notification of Communicable Diseases in
Central and Eastern European Countries,
1999-2001**

**Регистрация инфекционных заболеваний в
странах Центральной и Восточной Европы,
1999-2001гг**

Disease / Infection	Czech Republic						Hungary					
	1999		2000		2001		1999		2000		2001	
	Total No.	Per 100000	Total No.	Per 100000	Total No.	Per 100000	Total No.	Per 100000	Total No.	Per 100000	Total No.	Per 100000
Anthrax	0	0.00	0	0	0	0	0	0	2	0.02	0	0
Brucellosis	5	0.1	2	0.0	1	0.0	2	0.02	1	0.01	4	0.04
Diphtheria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Campylobacteriosis	9,843	98.4	16,916	169.2	21,653	216.5	8,968	88.9	8,644	86.1	8,775	87.4
Listeriosis	13	0.1	23	0.2	21	0.2	14	0.1	4	0.04	9	0.09
Salmonellosis	44,845	448.6	40,233	402.3	33,594	335.9	14,109	139.8	11,507	114.6	10,433	103.9
Shigellosis	519	5.2	548	5.5	354	3.5	610	6.0	440	4.4	409	4.1
Trihinellosis	0	0	0	0	0	0	7	0.07	3	0.03	7	0.07
Rubella	974	9.7	743	7.4	894	8.9	97	1.0	107	1.1	65	0.6
Congenital Rubella syndrom	0	0	0	0	0	0	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
Measles	2	0.0	9	0.1	6	0.1	1	0.01	1	0.01	22	0.2
Mumps	117	1.2	120	1.2	107	1.1	186	1.8	223	2.2	183	1.8
Pertussis	97	1.0	187	1.9	124	1.2	1	0.01	1	0.01	1	0.01
Hepatitis A	933	9.3	614	6.1	325	3.3	n.a	n.a	n.a	n.a	337	3.4
Hepatitis B	636	6.4	604	6.0	457	4.6	n.a	n.a	n.a	n.a	159	1.6
Hepatitis C	624	6.2	637	6.4	798	8.0	n.a	n.a	n.a	n.a	43	0.4
Hib	98	1.0	100	1.0	74	0.7	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
Tetanus	0	0	1	0.0	3	0.0	20	0.2	10	0.1	8	0.08
Neonatal tetanus	0	0	0	0	0	0	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
Legionellosis	11	0.1	13	0.1	10	0.1	27	0.3	42	0.4	55	0.5
Lyme disease	2,722	27.2	3,847	38.5	3,547	35.5	992	9.8	1,106	11.0	1,283	12.8
Tick-borne encephalitis	490	4.9	719	7.2	633	6.3	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
Meningococcal meningitis	96	1.0	68	0.7	104	1.0	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
Typhoid fever	1	0.0	0	0	1	0.0	2	0.02	1	0.01	4	0.04
Syphilis	731	7.1	967	9.4	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
Tuberculosis total	1631**	15.9**	1442**	14.0**	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
Tuberculosis respiratory	1369**	13.3**	1244**	12.1**	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
Tularemia	225	2.3	103	1.0	94	0.9	131	1.3	69	0.7	87	0.9
HIV-disease	36	0.4	14	0.1	5	0.1	37	0.4	27	0.3	20	3.4
HIV-infection	50	0.5	57	0.6	51	0.5	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a

* Preliminary data

*** Insufficient data

** Inc. recidives

n.a - not available

**Notification of Communicable Diseases in
Central and Eastern European Countries,
1999-2001**

**Регистрация инфекционных заболеваний в
странах Центральной и Восточной Европы,
1999-2001гг**

Disease / Infection	FYR Macedonia						Poland					
	1999		2000		2001		1999		2000		2001*	
	Total No.	Per 100000	Total No.	Per 100000	Total No.	Per 100000	Total No.	Per 100000	Total No.	Per 100000	Total No.	Per 100000
Anthrax	3	0.148	8	0.39	6	0.29	1	0.0	0	0	0	0
Brucellosis	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	97	0.25	72	0.19	66	0.17
Diphtheria	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	0	0	1	0.0	0	0
Campylobacteriosis	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
Listeriosis	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	11	0.03	10	0.03	9	0.02
Salmonellosis	359	17.79	374	18.45	561	27.56	23,436	60.6	22,799	59.0	19,881	51.5
Shigellosis	141	6.99	110	5.42	101	4.96	292	0.76	121	0.3	128	0.3
Trihinellosis	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	263	0.68	36	0.09	64	0.17
Rubella	120	5.94	87	4.29	87	4.27	30,958	80.1	46,181	119.5	84,419	218.5
Congenital Rubella syndrom	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	1	0.26	1	0.26	3	0.78
Measles	53	2.62	51	2.51	27	1.32	99	0.26	77	0.2	133	0.34
Mumps	316	15.66	441	21.76	372	18.28	90,214	233.4	17,548	45.4	16,723	43.3
Pertussis	10	0.49	21	1.03	5	0.24	876	2.27	2,269	5.87	2,411	6.24
Hepatitis A	1,845	91.46	1,170	57.73	233	11.45	1,024	2.6	262	0.7	738	1.9
Hepatitis B	174	8.62	193	9.52	135	6.63	3,356	8.7	2,695	7.0	2,279	5.9
Hepatitis C	20	0.99	26	1.28	15	0.73	1,836	4.7	1,956	5.0	1,838	4.7
Hib	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	63	0.16	82	0.21	70	0.18
Tetanus	4	0.2	n.a	n.a	n.a	n.a	21	0.05	14	0.04	21	0.05
Neonatal tetanus	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	0	0	0	0	0	0
Legionellosis	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
Lyme disease	3	0.15	n.a	n.a	n.a	n.a	892	2.3	1,850	4.8	2,473	6.4
Tick-borne encephalitis	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	101	0.26	170	0.44	205	0.53
Meningococcal meningitis	80	3.96	101	4.98	87	4.27	119	0.31	101	0.26	101	0.26
Typhoid fever	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	6	0.02	13	0.03	6	0.02
Syphilis	2	0.1	3	0.15	2	0.09						
Tuberculosis total	576	28.55	668	32.96	n.a	n.a						
Tuberculosis respiratory	489	24.24	516	25.46	n.a	n.a						
Tularemia	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	3	0.01	2	0.01	0	0
HIV-disease	3	0.15	5	0.25	3	0.14	134	0.35	114	0.29	100	0.26
HIV-infection	3	0.15	3	0.14	2	0.1	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a

* Preliminary data

*** Insufficient data

** Inc. recidives

n.a - not available

**Notification of Communicable Diseases in
Central and Eastern European Countries,
1999-2001**

**Регистрация инфекционных заболеваний в
странах Центральной и Восточной Европы,
1999-2001гг**

Disease / Infection	Romania						Slovakia					
	1999		2000		2001		1999		2000		2001	
	Total No.	Per 100000	Total No.	Per 100000	Total No.	Per 100000	Total No.	Per 100000	Total No.	Per 100000	Total No.	Per 100000
Anthrax	8	0.04	51	0.2	8	0.04	0	0	0	0	0	0
Brucellosis	19	0.08	29	0.1	22	0.1	4	0.07	0	0	3	0.06
Diphtheria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Campylobacteriosis	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	2,165	40.19	2,399	44.48	2,223	41.14
Listeriosis	1	0.004	1	0.004	1	0.004	3	0.06	6	0.11	6	0.11
Salmonellosis	1,103	4.9	827	3.7	1,036	4.6	18,915	351.07	18,143	336.27	19,517	361.25
Shigellosis	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	1,150	21.36	2,900	53.75	994	18.4
Trihinellosis	1,517	6.8	1,176	5.2	1,387	6.2	5	0.09	3	0.06	16	0.3
Rubella	7,076	31.5	5,125	22.8	5,076	22.6	61	1.13	11	0.20	2	0.04
Congenital Rubella syndrom	n.a	n.a	20	8.8	5	2.2	0	0	0	0	0	0
Measles	240	1.1	35	0.2	4	0.02	0	0	0	0	0	0
Mumps	51,385	228.8	26,542	118.2	41,191	183.6	44	0.82	32	0.59	20	0.37
Pertussis	82	0.4	493	2.2	209	0.9	108	2.01	43	0.80	3	0.06
Hepatitis A	17,516	78	21,944	97.8	21,118	94.1	921	17.09	1,080	20.02	742	13.73
Hepatitis B	2,755	12.3	2,695	12	2,678	11.9	208	3.86	165	3.06	148	2.74
Hepatitis C	19	0.08	27	0.1	40	0.2	31	0.58	48	0.89	72	1.33
Hib	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	161	2.99	196	3.64	132	2.45
Tetanus	19	0.08	14	0.06	23	0.1	0	0	0	0	0	0
Neonatal tetanus	0	0	0	0	1	0.004	0	0	0	0	0	0
Legionellosis	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	0	0	0	0	1	0.02
Lyme disease	0	0	0	0	3	0.01	600	11.13	636	11.79	675	12.49
Tick-borne encephalitis	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	63	1.17	92	1.71	75	1.39
Meningococcal meningitis	396	1.8	257	1.1	193	0.9	74	1.37	68	1.26	71	1.31
Typhoid fever	7	0.03	3	0.01	2	0.01	0	0	1	0.02	0	0
Syphilis	8,286	36.9	10,134	45.2	n.a	n.a	279	5.2	n.a	n.a	n.a	n.a
Tuberculosis total	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	1,211	22.5	1,111	20.6	n.a	n.a
Tuberculosis respiratory	23,379	101.2	23,670	104.1	n.a	n.a	972	18.0	884	16.4	n.a	n.a
Tularemia	0	0	0	0	0	0	37	0.69	56	1.04	22	0.41
HIV-disease							2	0.04	4	0.08	5	0.09
HIV-infection							2	0.04	19	0.36	8	0.15

* Preliminary data

*** Insufficient data

** Inc. recidives

n.a - not available

**Notification of Communicable Diseases in
Central and Eastern European Countries,
1999-2001**

**Регистрация инфекционных заболеваний в
странах Центральной и Восточной Европы,
1999-2001гг**

Disease / Infection	Slovenia						Yugoslavia					
	1999		2000		2001		1999		2000		2001	
	Total No.	Per 100000	Total No.	Per 100000	Total No.	Per 100000	Total No.	Per 100000	Total No.	Per 100000	Total No.	Per 100000
Anthrax	0	0.00	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.01
Brucellosis	6	0.3	1	0.05	0	0	10	0.09	15	0.14	21	0.20
Diphtheria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Campylobacteriosis	1,324	66.9	1,331	67.3	1,245	62.9	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
Listeriosis	3	0.15	2	0.10	7	0.35	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
Salmonellosis	2,103	106.5	1,839	92.9	1,656	83.75	3,343	31.59	3,846	36.18	3,474	32.68
Shigellosis	47	2.37	18	0.91	55	2.78	793	7.49	590	5.55	389	3.66
Trihinellosis	1	0.05	0	0	0	0	667	6.30	462	4.35	397	3.73
Rubella	22	1.1	9	0.4	8	0.40	1,498	14.16	2,188	20.58	1,323	12.45
Congenital Rubella syndrom	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Measles	1	0.05	0	0	0	0	288	2.72	38	0.36	30	0.28
Mumps	41	2.0	45	2.2	44	2.2	932	9.24	1,215	11.43	452	4.25
Pertussis	23	1.1	34	1.7	75	3.79	40	0.38	24	0.23	5	0.05
Hepatitis A	58	2.9	40	2.02	23	1.16	3,397	32.10	2,449	23.04	1,689	15.89
Hepatitis B	29	1.4	26	1.3	19	0.96	368	3.48	402	3.78	474	4.46
Hepatitis C	62	3.13	124	6.27	100	5.05	140	1.32	152	1.43	194	1.83
Hib	18	0.91	5	0.25	4	0.20	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
Tetanus	5	0.25	9	0.45	1	0.05	32	0.30	26	0.24	15	0.14
Neonatal tetanus	0	0	0	0	0	0	2	0.02	0	0	0	0
Legionellosis	18	0.91	6	0.3	10	0.50	0	0	0	0	0	0
Lyme disease	2,467	124.0	2,596	131.3	3,225	163.10	827	7.82	501	4.71	702	6.60
Tick-borne encephalitis	150	7.5	196	9.9	256	12.9	0	0	1	0.01	1	0.01
Meningococcal meningitis	7	0.35	6	0.3	8	0.40	70	0.66	52	0.49	23	0.22
Typhoid fever	1	0.05	0	0	1	0.05	8	0.08	3	0.03	1	0.01
Syphilis	4	0.2	0	0	7	0.35	77	0.73	75	0.71	219	2.06
Tuberculosis total	438	22.06	380	19.9	364	18.40	2,560	24.19	2,982	28.05	68***	0.64***
Tuberculosis respiratory	284	14.36	258	13.04	298	15.07	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
Tularemia	0	0	2	0.10	1	0.05	38	0.36	43	0.40	7	0.07
HIV-disease	9	0.45	6	0.3	5	0.25	59	0.56	68	0.64	69	0.65
HIV-infection	8	0.40	8	0.40	12	0.60	55	0.52	70	0.66	12	0.11

* Preliminary data

*** Insufficient data

** Inc. recidives

n.a - not available

SHORT INFORMATION

Statement from the 4th Baltic Sea States Summit on the Threat of Communicable Diseases

The Heads of Government agree that sharp increases in communicable diseases remain a threat to human security and welfare across the Baltic Sea Region. This serious situation calls for strong counteractive efforts and concerted actions involving large segments of society.

Key projects (on surveillance, tuberculosis, HIV, antibiotics and primary health care) have been identified by the Task Force on Communicable Disease Control in the Baltic Sea Region. A substantial number are being implemented. Realisation of the projects should be intensified and relevant institutions are encouraged to participate in financing approved projects.

The Heads of Government reaffirm their strong commitment to efforts in the following fields:

HIV

The spread and threat of further escalation of the HIV epidemic, in particular among drug abusers, calls for immediate measures, within and outside of the health services. There is a need to mobilise society at large. Discrimination, misunderstanding and misjudgement hinder effective campaigns against HIV infections.

Prisons

Overcrowded prisons with infected inmates and with poor hygiene and sanitation are a dominant threat in the field of communicable diseases in the region. Prison health must be a priority.

Health Sector Reform

All the member states in the Region constantly need to adjust the health services to meet the present and future needs and demands. With regard to communicable diseases, available resources can be used more efficiently with a larger emphasis on outpatient and primary health care. Reform processes in this direction are encouraged.

Training in public health

There is need for strengthening the education in public health. The Task Force shall continue to examine modalities for regional collaboration for this purpose.

Task Force mandate

The Heads of Government note and welcome that Norway will chair the Task Force for two more years. The Task Force shall issue a final report to the next, 5th Baltic Sea States Summit.

St. Petersburg, 10 June 2002

Background Information:

Upon invitation of the Prime Minister of the Russian Federation, the Heads of Government of Denmark, Estonia, Finland, Germany, Iceland, Latvia, Lithuania, Norway, Poland, the Russian Federation and Sweden met in St. Petersburg on 10 June 2002. The Heads of Governments also met with President Putin and endorsed the above statement on the Threat of Communicable Diseases, and - on top of their list - expressing their commitment to scale up efforts against HIV/AIDS.

Сообщение о 4-ой встрече глав государств Балтийского моря по вопросу угрозы инфекционных заболеваний

По приглашению премьер-министра Российской Федерации главы правительств Дании, Эстонии, Финляндии, Германии, Исландии, Латвии, Литвы, Норвегии, Польши, Швеции и Российской Федерации встретились 10 июня 2002г. в Санкт-Петербурге.

Главы правительств согласились в том, что резкое повышение заболеваемости инфекционными болезнями является угрозой для безопасности и благополучия людей в регионе Балтийского моря. Серьёзное положение обязывает проведение совместного противодействия с охватом широких слоев общества.

Task Force по контролю за инфекционными болезнями в регионе Балтийского моря определило ключевые проекты (надзор, туберкулёз, ВИЧ, резистентность к антибиотикам и первичное здравоохранение). Значительное количество их уже внедряется. Соответствующим органам рекомендуется интенсивнее реализовать одобренные проекты и участвовать в их финансировании.

Главы правительств подтверждают необходимость серьёзных усилий в следующих областях:

ВИЧ

Продолжающееся распространение и угроза ВИЧ-эпидемии, особенно среди наркоманов, обязывает применение чрезвычайных мероприятий в сфере и вне сферы здравоохранения. Необходимо широко мобилизовать общественность. Дискриминация, недоразумение и некомпетентность препятствуют проведению эффективных кампаний против ВИЧ-инфекции.

Тюрьмы

Доминирующей угрозой распространения инфекционных болезней в регионе являются переполненные зараженными заключенными тюрьмы, а также их недостаточные гигиена и санитарные условия. Здоровье в тюрьме должно быть приоритетом.

Реформа сектора здравоохранения

Все государства в регионе нуждаются в применении услуг здравоохранения в соответствии к настоящим и будущим требованиям. Что касается инфекционных болезней, то необходимо более эффективно использовать имеющиеся ресурсы, повышая роль поликлинического и первичного здравоохранения. Одобряются реформы в этом направлении.

Тренинг в области общественного здоровья

Необходимо повышение знаний в области общественного здоровья. Task Force продолжает выяснять возможности в региональном сотрудничестве в этой области.

Task Force мандат

Главы правительств приветствуют руководство Task Force Норвегией в течение последующих двух лет. Task Force подготовит окончательный отчёт к 5-му совещанию глав правительств стран Балтийского моря.

Санкт-Петербург, 10 июня 2002г.



Impressum

Editor-in-Chief

- Kuulo Kutsar (Estonia)

Associated Editors

- Preben Aavitsland (Norway)
- Karl Ekdahl (Sweden)
- Else Smith (Denmark)

Editorial Board

- Haraldur Briem, Section for Infectious Disease Control, Directorate of Health (Iceland)
- Roman Buzinov, Regional State Epidemiological Surveillance and Control Centre, Arkhangelsk (Russian Federation)
- Pauli Leinikki, National Public Health Institute (Finland)
- Oleg Parkov, Municipal Epidemiological Surveillance Centre, St. Petersburg (Russian Federation)
- Jurijs Perevoškovs, National Environmental Health Centre (Latvia)
- Dalia Rokaitė, Ministry of Health, Centre for Communicable Disease Prevention and Control (Lithuania)
- Ludmila Rubis, Regional State Epidemiological Control Centre, Karelia (Russian Federation)
- Vadim Zhavoronkov, State Sanitary and Epidemiological Surveillance Centre, Leningrad Oblast (Russian Federation)

Head of Editorial Secretariat

- Stein Andresen (Norway)
- E-mail: stein.andresen@fhi.no

Editorial Assistant

- Vibeke R. Gundersen
- E-mail: vibeke.gundersen@fhi.no

Editorial Secretariat

Norwegian Institute of Public Health (Folkehelse)
PO Box 4404 Nydalen,
N-0403 Oslo, Norway
Tel: +472 2042 233/26 28
Fax: +472 2042 513
epinorth@fhi.no
www.epinorth.org

ISSN 1502 – 1246