

НАМАЛЕНАТА ФИЗИЧЕСКА АКТИВНОСТ КАТО ФАКТОР, ДОПРИНАСЯЩ ЗА МУСКУЛНО-СКЕЛЕТНИТЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ РАБОТЕЩИ В СФЕРАТА НА ОБРАЗОВАНИЕТО

Силвия Филкова¹, Николай Недев¹, Йордан Георгиев¹, Антоанета Цветкова²

¹УС „Рехабилитатор“, Медицински колеж, Медицински университет – Варна

²Медицински колеж, Медицински университет – Варна

REDUCED PHYSICAL ACTIVITY AS A CONTRIBUTING FACTOR TO MUSCULOSKELETAL DISORDERS IN EDUCATION WORKERS

Silviya Filkova¹, Nikolay Nedev¹, Yordan Georgiev¹, Antoaneta Tsvetkova²

¹TS Rehabilitation, Medical College, Medical University of Varna

²Medical College, Medical University of Varna

РЕЗЮМЕ

Мускулно-скелетните нарушения, свързани с работата на бюро, са често срещан професионален риск. Характерът на работата изисква повтарящо се движение на ръцете, докато се възприемат неудобни статични положения на тялото. В резултат се изграждат неправилни двигателни модели, които водят до повишено натоварване на ставите и напрежение в мускулите, а оттам до мускулен дисбаланс. При намалена физическа активност, произтичаща от съвременният начин на живот и в условията на пандемия, съществува основателен риск от мускулно-скелетните нарушения. Те от своя страна водят до намалена трудоспособност, отсъствия по болест и икономически загуби. Ето защо е необходимо да се установят всички фактори, които допринасят за възникване на мускулно-скелетните нарушения, и да се предложат стратегии за превенция и профилактика с акцент върху физическата активност.

Ключови думи: мускулно-скелетните нарушения, намалената физическа активност и заседяло поведение, професионален риск

ABSTRACT

Musculoskeletal disorders associated with desk work are a common occupational hazard. The nature of the work requires repetitive hand movements while maintaining awkward static body positions. As a result, incorrect movement patterns are created, leading to increased stress on joints, muscle tension, and, consequently, muscle imbalance. With reduced physical activity resulting from modern lifestyles and pandemic conditions, the risk of musculoskeletal system diseases increases. These, in turn, lead to reduced work capacity, sick leave, and economic losses. Therefore, it is necessary to identify all factors contributing to the occurrence of musculoskeletal disorders and propose prevention strategies with an emphasis on physical activity.

Keywords: musculoskeletal disorders, physical activity, sitting, occupational risk

ВЪВЕДЕНИЕ

Мускулно-скелетните нарушения (МСН) представляват основен професионален здравен проблем при работещото население, който значително влияе върху качеството на живот на служителите (25). МСН се проявяват като локализирана болка или функционални затруднения в една или повече анатомични области като шиен, гръден или поясен дял на гръбначния стълб, раменен пояс, го-

рен или долен крайник. Намалената работоспособността и водят до необходимост от лечение (отсъствие поради временна нетрудоспособност). Това причинява значителни икономически разходи, необходими за възстановяване, лечение и компенсациите за пропуснати доходи (10,16). МСН трябва да се предотвратят не само заради медицинските последствия и икономически загуби до които водят. Въпреки че разпространението на МСН варира в зависимост от географския регион и прилагани-

те методи на оценка, в различни епидемиологични проучвания е установено разпространение от 30% (23). В научните проучвания се установява връзка между МСН и физическа активност (ФА) и заседналото физическо поведение (ЗФП). Извършването на упражнения или ФА намалява болката и увреждането, свързани с МСН (1–5,14), като същевременно ограничава увеличаването на риска от заболяемост и смъртност (12). Физическите упражнения се препоръчват широко и могат да бъдат предложени като вторична превенция на тези нарушения (22). Поради установяването на ниски нива на ФА и повишаващи се периоди на ЗФП възниква необходимост да се предприемат мерки. Въпреки многобройните препоръки в световен план по отношение на подобряването на ФА и намаляване на периодите на ЗФП не се постига задоволителен резултат. През 2018 г. Световната здравна асамблея (СЗА) одобри нов *Глобален план за действие относно ФА (GAPPA) 2018–2030* (34) и прие нова доброволна глобална цел за намаляване на глобалните нива на физическа неактивност при възрастни и юноши с 15% до 2030 г. Като част от Резолюцията на СЗА (WHA71.6) държавите членки поискаха СЗО да актуализира Глобалните препоръки от 2010 г. относно ФА за здравето (33). Според актуализираните насоки по отношение на ФА и ЗФП на СЗО от 2020 г. за всяка група от населението се препоръчва извършването на каквато и да е ФА пред липсата на движение. Събраните доказателства от научни проучвания потвърждават значението на участието в редовна ФА за постигане на ползи за здравето при всички възрасти и способности. Наред с това се подкрепят ключови послания, че дори малка ФА е по-добре от никаква, като повече е по-добре за оптимални здравни резултати. По-конкретно доказателствата потвърждават, че всички възрастни трябва да извършват редовна ФА и трябва да се стремят да постигнат поне 150 минути аеробна ФА с умерена интензивност или 75 минути аеробна ФА с висока интензивност на седмица или някаква еквивалентна комбинация от умерена интензивност и енергична - интензивна аеробна ФА (11).

Хората трябва да започнат с малки количества ФА и постепенно да увеличават честотата, интензивността и продължителността с течение на времето. Тези препоръки трябва да се изпълняват, защото ползите от извършването на ФА и ограничаването на ЗФП надвишават потенциалните вреди. Всички потенциални вреди могат да бъдат управлявани чрез постепенно увеличаване на количеството и интензивността на ФА. Актуализираните насоки на СЗО от 2020 г. относно ФА и ЗФП предоста-

вят ясни, основани на доказателства препоръки за това колко ФА осигурява ползи за здравето на различните групи от населението и за потенциалните рискове от ЗФП. Тези насоки трябва да се използват за информиране на глобални, регионални и национални политически действия и инвестиции, както и за насочване и укрепване на националните системи за наблюдение на здравното поведение, които проследяват напредъка към национални и глобални цели (11).

С оглед на гореизложеното си поставихме за цел да анализираме значими фактори, които допринасят за възникване на мускулно-скелетните нарушения и да предложим стратегии за превенция и профилактика с акцент върху физическата активност и заседналото физическо поведение.

МЕТОДИ

За постигане на целта са поставени следните задачи:

- да се изяснят ползите и вредите от подобряването на ФА и намаляване на периодите на ЗФП;
- да се установят факторите, които допринасят за възникване на мускулно-скелетните нарушения МСН;
- да се обсъдят стратегии за превенция и профилактика на МСН с акцент върху физическата активност и ЗФП.

Прегледът е насочен към анализ на научни статии, публикувани през последната година, по посочените ключови думи.

Обект на изследване са пълнотекстови статии, аналитични изследвания и литературни прегледи, публикувани през последните години. Критериите за включване, които ръководеха подбора на творбите, са видът изследване: аналитични проучвания, оригинални статии и литературни прегледи.

РЕЗУЛТАТИ

Анализът на достъпните пълнотекстови статии, аналитични изследвания и литературни прегледи, отговарящи на методите за включване в проучването и за решението на поставените задачи, показва следните резултати:

Ползите и вредите от подобряването на ФА и намаляване на периодите на ЗФП

Според Световната здравна организация ползи от ФА и намаляване на ЗФП за здравето и подобряване качеството на живот ще имаме, ако поддържаме препоръчителните норми за съответната възрастова група. За възрастни на възраст 18–64 години те са:

- 150–300 минути аеробна физическа активност с умерена интензивност;
- 75–150 минути аеробна физическа активност с висока интензивност или еквивалентна комбинация от активност с умерен и висок интензитет през цялата седмица;
- извършване на дейности за укрепване на мускулите с умерена или по-голяма интензивност, които включват всички основни мускулни групи два или повече дни в седмицата;
- аеробната физическа активност с умерена интензивност повече от 300 минути или да се прави повече от 150 минути аеробна физическа активност с висока интензивност, или еквивалентна комбинация от активност с умерена и висока интензивност през цялата седмица;
- да се ограничи времето, прекарано в заседнал живот, това време да се замени с физическа активност с всякакъв интензитет (включително лека интензивност);
- за намаляване на вредните ефекти от високите нива на заседнало поведение върху здравето - всички възрастни трябва да се стремят да правят повече от препоръчаните нива на физическа активност с умерен до висок интензитет.

Редовната ФА допринася за подобряване на мускулната и кардио-респираторната форма; подобрява костното и функционалното здраве; намалява риска от хипертония, коронарна болест на сърцето, инсулт, диабет, различни видове рак (включително рак на гърдата и рак на дебелото черво) и депресия; намалява риска от падане, както и фрактури на бедрената кост или прешлени и помага за поддържане на здравословно телесно тегло.

Стилът на живот става все по-заседнал поради използването на моторизиран транспорт и увеличеното използване на екрани за работа, образование и отдих. По данни от различни проучвания средната дневна продължителност на заседялото поведение варира между 7 и 8 часа дневно сред възрастното население на развитите и развиващите се страни. Заседналият начин на живот влияе върху човешкия организъм чрез различни механизми - има широкообхватни неблагоприятни въздействия върху човешкото тяло, включително повишена смъртност от сърдечносъдови заболявания, риск от метаболитни нарушения като захарен диабет, хипертония; мускулно-скелетни нарушения като артралгия и остеопороза и др. Намаляването и липсата на физическа активност оказват отрицателно въздействие върху здравните системи, околната среда, икономическото развитие, благосъстоянието на общ-

ността и качеството на живот. Следователно намаляването на ЗФП и увеличаването на физическата активност са важни за насърчаване на общественото здраве.

Фактори, които допринасят за възникване на мускулно-скелетните нарушения (МСН)

Някои от най-разпространените модифицируеми рискови фактори, допринасящи за възникване на МСН, влияят и върху намалена ФА и ЗФП:

- Индивидуалните фактори като възраст, нездравословна диета, статична работна поза, повтарящи се биомеханични ограничения, утежнени от стрес, психо-социални фактори и специфична организация на работата (6,19,21,29,30);
- Факторите на околната среда включват задръствания, замърсяване на въздуха, недостиг на паркове или пешеходни алеи, недостатъчно пространства за упражнения и спортни или развлекателни съоръжения (32);
- Професионални фактори: увеличеното професионално ЗФП, като работа в офиса чрез използването на електронни устройства, в това число мобилен телефон, води до все по-заседналият начин на живот (13).

Стратегиите за превенция и профилактика на МСН с акцент върху ФА и ЗФП

Съществува спешна необходимост от увеличаване на приоритета и инвестициите, насочени към услуги за насърчаване на физическата активност както в рамките на здравеопазването, така и в други ключови сектори (11). За да се увеличи физическата активност, държавните институции и общностите трябва да предприемат действия, за да осигурят повече възможности за активност. Това изисква колективни усилия както на национално, така и на местно ниво, в различни сектори, за прилагане на политика и решения, подходящи за културната и социална среда на страната, за насърчаване, активизиране и насърчаване на физическата активност.

Политиките за увеличаване на физическата активност трябва да целят насърчаване на:

- ходенето, колоезденето и другите форми на активен немоторизиран транспорт да са достъпни и безопасни за всички;
- ходене пеш до работното място и възможностите за физическа активност през работния ден;
- грижите за децата, училищата и висшите учебни заведения да осигуряват подкрепящи и безопасни пространства и съ-

оръжения за всички учащи, за да прекарват свободното си време активно;

- началните и средните училища да осигуряват качествено физическо възпитание, което подкрепя децата да развият модели на поведение, които ще ги поддържат физически активни през целия им живот;
- базираните в общността и училищните спортни програми да предоставят подходящи възможности за всички възрасти и способности;
- съоръженията за спорт и отдих да предоставят възможности за лесен достъп и разнообразие от различни спортове, танци, упражнения и активен отдих;
- доставчиците на здравни услуги да мотивират и подкрепят пациентите да бъдат редовно активни.

Стратегиите за превенция и профилактика на МСН с акцент върху ФА и ЗФП включват подобряване на информираността и провеждане на инициативи за подобряването на ФА и намаляване на периодите на ЗФП и индивидуални и групови физически упражнения. Те могат да бъдат планирани както в извънработно време, така и в работно време.

ДИСКУСИЯ

Профилактичните мероприятия трябва да включват подобряване на информираността относно ФА и ЗФП и физическите упражнения за приложение, насочено към подобряване на здравето, гъвкавостта, физическата издръжливост и функционалния капацитет. Уместен е индивидуален подход, като за всеки участник да се прави индивидуален план за упражненията и да се осигурява проследяване по време на програмата както групово, така и индивидуално. Основната цел за индивидуално проследяване от изпълнението на упражненията по време на програмата е да се гарантира, че планът за упражнения е подходящ и реалистичен и може да бъде полезен за участника след програмата.

Адаптираната физическа активност е основната стратегия за увеличаване на дела на хората, които са в отпуск по болест, да се връщат на работа мотивирани и работоспособни. Мероприятия за физическа активност, включващи укрепващи упражнения, са тествани сред различни професионални групи за подобряване на техния физически капацитет и са доказали своята ефективност при намаляване на болката и подобряване на мускулната сила (8,35). Освен това по-големият функционален капацитет, измерен чрез кардио-респираторна годност, е свързан с увеличено коли-

чество извършена работа, а по-високото ниво на кардио-респираторна годност е свързано с по-малко усилие, необходимо за извършване на същата работа (27).

Превантивните стратегии на работното място, насочени към повишаване на физическия капацитет и/или способността за справяне с мускулно-скелетната болка, включително адаптации на работното място, са успешно тествани (7). Досега повечето програми за професионална рехабилитация са пригодени за специфични диагностични групи, най-често за мускулно-скелетни заболявания (18,20,31) и някои за проблеми с психичното здраве (24). Систематичен преглед от последните години показва, че интервенции като програми за самоконтрол ефективно подобряват физическата функция и намаляват болката сред хората с хронична болка и МСН (15). Мултимодалната рехабилитация допринася за положителни дългосрочни ефекти върху възстановяването и връщането на работа от отпуск по болест (9,26). Самоконтролът се дефинира като „способността на индивида да управлява симптомите, лечението, физическите, психо-социалните последици и промените в начина на живот...“ (28). Интервенциите за самоконтрол на хроничната болка и МСН, състоящи се от компоненти, които насърчават повишаването на физическа активност в социално подкрепяща среда, могат да допринесат за положителна промяна в живота на хората, живеещи с МСН и хронична болка (17).

Наличните доказателства относно ефективността на стратегиите за прилагане на насърчаващи здравето политики и практики на работното място са оскъдни и непоследователни. Също така не е ясно дали подобни стратегии са икономически ефективни, или имат потенциални нежелани неблагоприятни последици. Ограниченият брой идентифицирани проучвания предполага, че изследванията за прилагане на програми за професионална рехабилитация са в начален стадий, което налага по-нататъшни изследвания и анализ на доказателства в тази среда.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

За да се изготви и предложи стратегия за превенция и профилактика за възникване на мускулно-скелетните нарушения с акцент върху физическата активност, са уместни набор от насоки за управление на хроничната болка и следва да се подчертават предимствата на мултидисциплинарните програми, които комбинират различни профилактични подходи. Профилактична рехабилитационна програма, подкрепена от мерки за повишаване ни-

вата на ФА и намаляване нивата на ЗФП, биха били успешна комбинация за профилактика на МСН. Те могат взаимно да се потенцират, за да увеличат своите ползи и да удължат положителните си ефекти с течение на времето.

Тази работа е подкрепена от Фонд „Наука“, който стимулира развитието на научно-изследователската дейност в Медицинския университет във Варна по проект № 21009 „Мултидисциплинарен подход за превенция на здравето на служителите от МУ-Варна в условията на пандемията от COVID-19“.

ЛИТЕРАТУРА

1. Николова, Д., Крайчева, Е. Ролята на физическата активност и социалната среда за подобряване на качеството на живот при практически здрави възрастни хора. Варненски медицински форум. 2016;(5)3:180-186.
2. Николова, Д. Възможностите на скандинавското ходене и неговите кинезитерапевтични ефекти при пациенти с хронични заболявания. Здравна икономика. 2016, брой 4 (62)
3. Николова, Д. Здравословният начин на живот - фактор за активно дълголетие. Варненски медицински форум. 2018;7(3):172-177.
4. Попова, М., Кръстев, М., Тодоров, К., Русева, Ж. Проучване информираността на родителите относно хранителния режим и нормите за двигателната активност при деца на възраст 7-12 години. Варненски медицински форум, т. 6, 2017, прил. 2. Стр. 237-241.
5. Тодоров, К., Попова, М., Кръстев, М., Михалева, В. Ролята на рехабилитатора в лечението и профилактиката на болките в кръста. Варненски медицински форум, т. 6, 2017, прил. 2. Стр 232-236.
6. Alavinia SM, van den Berg TI, van Duivenbooden C, Elders LA, Burdorf A. Impact of work-related factors, lifestyle, and work ability on sickness absence among Dutch construction workers. Scand J Work Env Health. 2009; 35:325-333. doi: 10.5271/sjweh.1340.
7. Andersen LL, Jakobsen MD, Pedersen MT, Mortensen OS, Sjogaard G, Zebis MK. Effect of specific resistance training on forearm pain and work disability in industrial technicians: cluster randomised controlled trial. BMJ Open. 2012;2:e000412. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000412.
8. Andersen LL, Kjaer M, Sogaard K, Hansen L, Kryger AL, Sjogaard G. Effect of two contrasting types of physical exercise on chronic neck muscle pain. Arthritis Rheum. 2008;59:84-91. doi: 10.1002/art.23256.
9. Baranoff JA, Hanrahan SJ, Burke AL, Connor JP. Changes in Acceptance in a Low-Intensity, Group-Based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Chronic Pain Intervention. Int J Behav Med. 2016 Feb;23(1):30-8. doi: 10.1007/s12529-015-9496-9. PMID: 26135404.
10. Bevan S. Economic impact of musculoskeletal disorders (MSDs) on work in Europe. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2015;29(3):356-373.
11. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S. et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Br J Sports Med. 2020 Dec;54(24):1451-1462. doi: 10.1136/bjsports-2020-102955. PMID: 33239350; PMCID: PMC7719906.
12. Dean E, Soderlund A. What is the role of lifestyle behaviour change associated with non-communicable disease risk in managing musculoskeletal health conditions with special reference to chronic pain? BMC Musculoskelet Disord. 2015;16(87):015-0545.
13. Fennell C, Barkley JE, Lepp A. The relationship between cell phone use, physical activity, and sedentary behavior in adults aged 18-80. Comput Human Behav. 2019; 90:53-9.
14. Galinsky T, Swanson N, Sauter S, Dunkin R, Hurrell J, Schleifer L. Supplementary breaks and stretching exercises for data entry operators: a follow-up field study. Am J Ind Med. 2007;50(7):519-527. doi: 10.1002/ajim.20472.
15. Geraghty AWA, Maund E, Newell D et al. Self-management for chronic widespread pain including fibromyalgia: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2021 Jul 16;16(7):e0254642. doi: 10.1371/journal.pone.0254642. PMID: 34270606; PMCID: PMC8284796.
16. Henderson M, Glozier N, Holland Elliott K. Long term sickness absence. BMJ. 2005;330(7495):802-803. doi: 10.1136/bmj.330.7495.802.
17. Hestmann, R., Bratås, O. & Grønning, K. Chronic pain self-management interventions in primary care – does it make any difference? A qualitative study. BMC Health Serv Res 23, 537 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09548-8>
18. Jensen C, Jensen OK, Christiansen DH, Nielsen CV. One-year follow-up in employees sick-listed because of low back pain: randomized clinical trial comparing multidisciplinary and brief intervention. Spine (Phila Pa 1976) 2011; 36: 1180-1189. doi: 10.1097/BRS.0b013e3181eba711.
19. Kraatz S, Lang J, Kraus T, Munster E, Ochsmann E. The incremental effect of psychosocial workplace factors on the development of neck and shoulder disorders: a systematic review of longitudinal studies. Int Arch Occup Environ

- Health. 2013;86(4):375–395. doi: 10.1007/s00420-013-0848-y.
20. Lambeek LC, van MW KDL, Loisel P, Anema JR. Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life. *BMJ*. 2010;340:c1035. doi: 10.1136/bmj.c1035.
 21. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012 Dec 15;380(9859):2224–60. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61766-8.
 22. Marley J, Tully MA, Porter-Armstrong A, Bunting B, O’Hanlon J, McDonough SM. A systematic review of interventions aimed at increasing physical activity in adults with chronic musculoskeletal pain--protocol. *Syst Rev*. 2014;3(106):2046–4053.
 23. McBeth J, Jones K. Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2007;21(3):403–425. doi: 10.1016/j.berh.2007.03.003.
 24. Netterstrom B, Bech P. Effect of a multidisciplinary stress treatment programme on the return to work rate for persons with work-related stress. A non-randomized controlled study from a stress clinic. *BMC Public Health*. 2010;10:658. doi: 10.1186/1471-2458-10-658.
 25. Parot-Schinkel E, Descatha A, Ha C, Petit A, Leclerc A, Roquelaure Y. Prevalence of multisite musculoskeletal symptoms: a french cross-sectional working population-based study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2012;13(122):1471–2474.
 26. Pietilä Holmner E, Stålnacke BM, Enthoven P, Stenberg G. “The acceptance” of living with chronic pain - an ongoing process: A qualitative study of patient experiences of multimodal rehabilitation in primary care. *J Rehabil Med*. 2018 Jan 10;50(1):73–79. doi: 10.2340/16501977-2286. PMID: 29077130.
 27. Pronk NP, Martinson B, Kessler RC, Beck AL, Simon GE, Wang P. The association between work performance and physical activity, cardiorespiratory fitness, and obesity. *J Occup Environ Med*. 2004;46: 19–25. doi: 10.1097/01.jom.0000105910.69449.b7.
 28. Pruitt SD, Epping-Jordan JE. Preparing the 21st century global healthcare workforce. *BMJ*. 2005 Mar 19;330(7492):637–9. doi: 10.1136/bmj.330.7492.637. PMID: 15774994; PMCID: PMC554912.
 29. Punnett L, Wegman DH. Work-related musculoskeletal disorders: the epidemiologic evidence and the debate. *J Electromyogr Kinesiol*. 2004;14(1):13–23. doi: 10.1016/j.jelekin.2003.09.015.
 30. Putrik P, Ramiro S, Chorus AM, Keszei AP, Boonen A. Socioeconomic inequities in perceived health among patients with musculoskeletal disorders compared with other chronic disorders: results from a cross-sectional Dutch study. *RMD Open*. 2015;1(1):2014–000045. doi: 10.1136/rmdopen-2014-000045.
 31. Vermeulen SJ, Anema JR, Schellart AJ, Knol DL, van MW, van der Beek AJ. A participatory return-to-work intervention for temporary agency workers and unemployed workers sick-listed due to musculoskeletal disorders: results of a randomized controlled trial. *J Occup Rehabil*. 2011;
 32. World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 2020. Physical inactivity: a global public health problem [Internet] [cited 2020 Jun 15]. Available from: https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/en/
 33. World Health Organization Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization, 2010.
 34. World Health Organization Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization, 2018.
 35. Zebis MK, Andersen LL, Pedersen MT, et al. Implementation of neck/shoulder exercises for pain relief among industrial workers: a randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 2011;12: 205. doi: 10.1186/1471-2474-12-205.

Адрес за кореспонденция:

Силвия Филкова

Медицински колеж

бул. „Цар Освободител“ 84

Варна, 9000

e-mail: silviq.filkova@mu-varna.bg