



МЦ „ЦЕНТЪР ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА ЗДРАВЕТО“

Практическо ръководство

ОЦЕНКА НА СЪРДЕЧНО-СЪДОВИЯ РИСК  
НА РАБОТНОТО МЯСТО

СОФИЯ - 2020

Настоящото ръководство е изготвено въз основа на повече от 10-годишно практическо прилагане на Препоръките **за превенция на сърдечно-съдовите заболявания** на Европейското кардиологично дружество.

Опитът на „Трудова медицина“ ООД и МЦ „Център за превенция на здравето“ в редица малки, средни и големи предприятия показва, че оценката на сърдечно-съдовия риск може да бъде ефективен инструмент за профилактика на сърдечно-съдовите заболявания. Тя е основата при разработването на програми за укрепване на здравето и мотивация на работещите за здравословен начин на работа и живот.

Ръководството е предназначено за ръководители и специалисти с функции по превенция на здравето на работещите – мениджъри, специалисти по здраве и безопасност в предприятията, лекари от доболничната помощ и службите по трудова медицина, както и за представители на работещите в комитетите и групите по условия на труд, работодателски и синдикални организации и други – при разработване на програми за превенция на сърдечно-съдовия риск и планиране на здравното наблюдение на работещите.

Ръководството се издава с финансовата подкрепа на Фонд „Условия на труд“.

Ръководството е обсъдено и съгласувано от Националния съвет по условия на труд.

#### **АВТОРИ:**

**Д-р Лилия Владимирова**

Специалист вътрешни болести и кардиология

**Доц. Кирил Карамфилов, дм**

Специалист вътрешни болести, кардиология и ангиология

**Д-р Петя Георева, дм**

Специалист нервни болести, професионални болести и трудова медицина

**Лазар Ковачки**

Управител на „Трудова медицина“ ООД

## СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ	4
1. Значимост на проблема „сърдечно-съдови заболявания“	4
2. Рискови фактори за сърдечно-съдови заболявания	5
2.1. Основни рискови фактори	5
2.2. Рискови фактори от работната и социалната среда	6
3. Протективен ефект на рискови фактори, имащи отношение към сърдечно-съдовия риск	8
4. Оценка на сърдечно-съдовия риск. Score	12
5. Оценката на сърдечно-съдовия риск в трудовомедицинската практика	17
5.1. Идентифициране на групите работещи за първична и вторична профилактика	19
5.2. Подготовка за провеждане на прегледите	20
5.3. Провеждане на прегледите	21
5.4. Резултати от прегледите	22
5.5. Роли и отговорности	24
6. Програма за превенция на сърдечно-съдовите заболявания при работа	25
6.1. Ползи от изпълнението на програми за превенция на здравето на работещите	25
6.2. Елементи на програмата за превенция на здравето	27
6.3. Подход и партньорство	28
6.4. Създаване и управление на програма	29
6.5. Примери за мерки за включване в програма за превенция на сърдечно-съдовите заболявания	33
7. Добра практика за превенция на сърдечно-съдови заболявания	35
ПРИЛОЖЕНИЯ	
Приложение № 1      Списък на работещите за оценка на ССР	44
Приложение № 2      Списък на работещите с констатирани ССЗ	45
Приложение № 3      Чек-лист „Фактори на работната среда	46
Приложение № 4      Тест за самооценка на риска от инфаркт на миокарда	47
Приложение № 5      Въпросник за профилактичния преглед	51
Приложение № 6      Обхват на изследванията на работещите с указания за пробовземане	52
Приложение № 7      Карта за профилактичен преглед	54
Приложение № 8      Карта за оценка на ССР	55

Приложение № 9	Хранителен режим при високи стойности на LDL-холестерол	56
Приложение № 10	Примерна диета при диабет	10
Приложение № 11	Дванадесет препоръки за здравословно хранене	59
Приложение № 12	Уведомление до ОПЛ	61
Приложение № 13	Писмо до работещия за мониторинг на рискови фактори	62
Приложение № 14	Карта за контрол на артериално налягане	63
Приложение № 15	Карта за профилактичен преглед от кардиолог	64
ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ		65
ИЗТОЧНИЦИ		66

## ВЪВЕДЕНИЕ

Нарастващата честотата на ССР (ССЗ) сред населението, в т.ч. в трудоспособна възраст, предопределя еднозначно необходимостта от стратегии за превенция на здравето. Имайки предвид застаряването на работната сила в Европа и у нас, решението на този проблем се превръща в обща необходимост с императивен характер.

Определящо значение при този избор има ранното идентифициране на сърдечно-съдовите рискови фактори, които могат да бъдат модифицирани и контролирани, и да се определят своевременно превантивни мерки за повлияване на рисковия профил. Мерките могат да бъдат насочени както към промяна в начина на живот, така и към работната и социалната среда.

Съществува консенсус, че целта която трябва да бъде преследвана е чрез първичната профилактика на сърдечно-съдовия риск (ССР), да се идентифицира и въздейства на рисковите фактори преди проява на ССЗ. Процесът на проследяване и контрол на риска е също толкова важен и при вторичната профилактика на вече установените заболявания, като част от програмата за рехабилитация и последователно включване на засегнатите работещи в трудовия процес и социалния живот.

Въвеждането на програми за промоция на здравето на работното място позволява да се постигне един непрекъснат процес на ангажиране на работещите за позитивна и трайна промяна в начина им на живот. При работещи с диагностицирани заболявания в основата на здравното наблюдение на работното място е динамичното проследяване на здравния статус на работещите чрез обективна оценка на ССР и на ефектите от контрола на рисковите фактори.

Целта на ръководството е да се представи подход за здравно наблюдение на работещите, да се демонстрира необходимостта от въвеждане на програми за превенция на ССР, насочени към работната среда с цел повлияване на сърдечно-съдовия профил на рисковите групи работещи.

## 1. ЗНАЧИМОСТ НА ПРОБЛЕМА „СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ“

Сърдечно-съдовите заболявания (ССЗ) са причина за 45% от общата смъртност в Европа и за 29% от смъртността на трудоспособното население (до 65 годишна възраст)(1) и са водещата причина за смъртност и за инвалидизация(2).

Разходите, свързани със ССЗ в ЕС, са приблизително 9% от общите разходи за здравеопазване. Значим проблем са и индиректните разходи, произтичащи от отсъствие от работа на работещите и намалената работоспособност вследствие на тези заболявания. Изчислено е, че загубата от дни с отсъствие от работа може да достигне до 6% от общите директни и индиректни медицински разходи, а загубите, ако работникът е на работа, но е с намалена работоспособност - до 60% от тези разходи.

Работоспособността също варира с броя на рисковите фактори за ССЗ - добавянето на един рисков фактор намалява продуктивността с 2,4% (3), докато положителното повлияване върху един рисков фактор би довело до повишаването ѝ с 2% при проследяване във времето(4).

Значимостта на проблема нараства със застаряването на населението и намалената продуктивност на работното място вследствие на ССЗ.

В условията на COVID-19 хората със ССЗ са една от най-уязвимите групи.

По оценка на СЗО до 80% от ранната исхемична болест и мозъчният инсулт могат да бъдат предотвратени(3) с навременна и адекватна първична профилактика. В същото време превенцията на ССЗ би довела до намаляване на медицинските разходи за всеки работещ с около 18%.

### 1.1. Ролята на оценката на сърдечно-съдовия риск

*Кои са сърдечно-съдовите заболявания?*

- Артериална хипертония
- Ритъмни и проводни нарушения
- Възпалителни заболявания на миокарда и перикарда
- Коронарна артериална болест
- Мозъчно съдова болест
- Периферна артериална болест
- Клапни и тромбоемболични заболявания с различна етиология

Съгласно Европейските препоръки(2) **превенцията** се дефинира като: набор от координирани действия на ниво население или насочени към отделен индивид, които имат за цел да елиминират и сведат до минимум влиянието на ССЗ и свързаната с тях инвалидност.

**Скринингът** се определя като: идентификация на неразпозната болест или на неизвестно повишение на риска от заболяване при липса на симптоматика(2).

Ролята на скрининга е, въз основа на оценка на риска за развитие на ССЗ, да се дадат конкретни препоръки за контрол на рисковите фактори на индивидуално ниво. Значим процент от работещите(б) нямат информация за това кои рискови фактори са налице при тях и кои определят в най-голяма степен индивидуалния им сърдечно-съдов риск. Целта е те своевременно да бъдат информирани и да се мотивират за необходимите промени в начина на живот преди да бъде възникнало и диагностицирано заболяване.

Оценката на риска, като неотменна част от скрининга, е първата стъпка от програмите за превенция на ССЗ на работното място.

Ръководствата на научните дружества подчертават ролята на оценката на сърдечно-съдовия риск за информираността за рисковите фактори, превенцията, контрола и при необходимост навременна терапия за предотвратяване на ССЗ и инсулт.

## 2. РИСКОВИ ФАКТОРИ ЗА СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

### 2.1. Основни рискови фактори

Установени са голям брой фактори, свързани с повишен риск от ССЗ. В това число влизат възрастта, тютюнопушенето, диабетът, артериалната хипертония,

дислипидемията, затлъстяването, намалената физическа активност, фамилната анамнеза за ранна исхемична болест на сърцето, както и голям брой заболявания, които се свързват с повишен риск по различни механизми като системните възпалителни заболявания, хроничните бъбречни заболявания, хиперхомоцистеинемията, хиперфибриногемия, СПИН (синдром на придобита имунна недостатъчност). Основните рискови фактори, включени в повечето системи за оценка на риска за ССЗ са: възраст, пол, систолно артериално налягане, общ холестерол.

Като модификатори на риска се разглеждат: фамилна анамнеза за преждевременна коронарна артериална болест, индекс на телесна маса (BMI), централен тип затлъстяване, коронарен калциев скор.

Снемането на фамилната анамнеза за преждеременно ССЗ трябва да бъде част от оценката на риска при всички лица, независимо от пола и възрастта. Тя се определя като фатална или нефатална проява и/или установена диагноза на такова заболяване при роднини по първа линия: от мъжки пол преди 55 години или от женски пол - преди 65 години. Фамилната анамнеза е лесно приложим показател за риск от развитие на ССЗ, отразяващ генетичната характеристика и общата заобикаляща среда в семейството. Фамилната анамнеза е важна за насоките за промяна на поведението и начина на живот и може да бъде причина за предприемане на по-агресивни профилактични мерки(2).

При жените – следва да се вземат предвид и установените по време на бременността усложнения, тъй като прееклампсия и хипертония на бременността са свързани с по-висок риск от ССЗ в по-късните етапи на живота, а гестационният диабет повишава риска от бъдещ диабет. Преждевременната менопауза, дефинирана като първична овариална недостатъчност, се наблюдава при около 1% от жените на възраст ≤40 години. Проучванията свързват с повишен риск от ССЗ(2).

## **2.2. Рискови фактори от работната и социалната среда**

Детайлната оценка на риска от ССЗ на работното място задължително включва и рисковете за здравето, свързани с работата и трябва да бъде част от трудовомедицинската експертиза за пригодността на работещия за съответната работа.

Част от нея е снемането на професионалната анамнеза – професионален маршрут, експозиция във времето на рискови фактори и свързани с тях увреждания на здравето, както и субективната оценка на работещия за въздействието им върху здравето му.

Като модификатори на сърдечно-съдовия риск от работната среда се разглеждат:

- стреса на работното място(7) като резултат от психично напрежение от въздействието на различни психо-социални фактори;
- шума и/или вибрациите в работната среда;
- работа при ниски/високи температури;
- инфрачервена радиация при нагряване и топене на метали, стъкло и др.;
- физическо натоварване;
- сменна работа и снощен труд(8);
- продължителност на работното време повече или равно на 10 ч./дневно (повече или равно на 55 ч./седмично);

- други.

Оценката на състоянието на сърдечно-съдовата система е в основата на профилактиката на рискови професии като пилоти, шофьори на градския транспорт и др.

В Препоръките за превенция на ССЗ на Европейското кардиологично дружество (ESC), наред със стреса на работното място, се обсъжда и ролята на психо-социалните рискови фактори от социалната среда като niskият социо-икономически статус, липсата на социална подкрепа и стреса в семейния живот и др. Смята се, че те повишават риска и влошават прогнозата от развитие на заболяването. Част от риска се дължи на това, че тези фактори обикновено се свързват и с начина на живот - рисково поведение и непридържане към назначена терапия. Коментира се и ролята на депресията, агресията и тревожността(2).

Таблица № 1. Рискови фактори за ССЗ

ВИД НА ФАКТОРА	ПРИМЕРИ
<b>Основни рискови фактори (индивидуални фактори)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Възраст</li> <li>- Пол</li> <li>- Систолно артериално налягане (САН)</li> <li>- Общ холестерол (Х)</li> <li>- Пушач/непушач</li> <li>- Наличие на диабет (да/не)</li> </ul>
<b>Индивидуални фактори - модификатори на риска</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Социо-икономически статус</li> <li>- Фамилна анамнеза за преждевременна коронарна артериална болест (КАБ)</li> <li>- Индекс на телесна маса (ВМІ)</li> <li>- Централен тип затлъстяване</li> <li>- Коронарен калциев скор</li> <li>- Физическа активност</li> </ul>
<b>Фактори на работната и социалната среда</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Физическо натоварване – повтарящи се или силови движения; продължителни физически усилия</li> <li>- Работа на открито в условия на ниски температури (под 0°C) и в условия на високи температури (над +30°C)</li> <li>- Работа в условия на инфрачервена радиация</li> <li>- Високи нива на шум</li> <li>- Комбинирано въздействие на шум и химични агенти</li> <li><b>Организационни и психо-социални фактори</b></li> <li>- Изискваща много усилия работа, голямо работно натоварване</li> <li>- Липса на почивки или възможности за промяна на работните пози</li> <li>- продължителност на работното време повече или равно на 10 ч./дневно (повече или равно на 55 ч./седмично)</li> <li>- Сменен режим на работа с нощен труд</li> <li>- Липса на контрол върху задачите и натоварването</li> <li>- Липса на подкрепа и социална изолация</li> <li>- Конфликт работа-семејство</li> <li>- Социо-икономически статус</li> </ul>

Първичната профилактика, т.е. идентифицирането и контролът на рисковите фактори е от изключителна важност за превенцията на ранна исхемична болест на

сърцето и мозъчен инсулт, особено когато е започната навреме.

Поддържането на здравословен начин на живот в млада възраст увеличава шанса за идеален профил в средна възраст(9) и намалява риска от възникване на заболяване с нарастване на възрастта(10).

### 3. ПРОТЕКТИВЕН ЕФЕКТ НА РИСКОВИ ФАКТОРИ, ИМАЩИ ОТНОШЕНИЕ КЪМ СЪРДЕЧНО-СЪДОВИЯ РИСК

#### Физическа активност

Редовната физическа активност понижава общата и сърдечно-съдовата смъртност с 20-30 % при здрави индивиди, също така при такива с установени рискови фактори или ССЗ (11-14).

Доказано е, че физическата активност повлиява липидния профил, а именно оказва влияние върху нивата на холестерола /LDL и HDL/, телесното тегло и честотата на диабет тип 2(2).

Протективният ефект на физическата активност е от значение при всяка възраст(2). Препоръчва се всички здрави възрастни, независимо от възрастта, да извършват минимум аеробна физическа активност с умерен интензитет 150 минути седмично или с голям интензитет 75 минути седмично, или еквивалентна комбинация от двете. При здрави възрастни се препоръчва постепенно увеличаване на аеробната физическа активност с умерен интензитет до 300 минути седмично или с голям интензитет 150 минути седмично, или еквивалентна комбинация от двете. Необходимо е тренировките да са с продължителност  $\geq 10$  минути и равномерно разпределени през седмицата (в 4–5 дни седмично), за предпочитане всеки ден от седмицата. Оценка от лекар, включваща тест с натоварване, трябва да се има предвид при обездвижени хора със ССР, които имат намерение да се включат в интензивна физическа активност или спорт.(2)

Възможности за повишаване на физическа активност трябва да се търсят в свободното време, въвеждане на активни форми за придвижване до работното място или като част от работния процес. Възможностите обаче да се използва работното място като източник на повишена физическа активност са все по-ограничени, тъй като съвременните работни места все повече са свързани с работа в седнало положение. Работата със значително физическо натоварване във все по-голяма степен се замества от машини, като се обръща все по-голямо внимание на скоростта, бързата комуникация, подобрената ефективност и повишената производителност.

#### Тютюнопушене

Тютюнопушенето ускорява процеса на атеросклероза, придружаващите тромботични феномени, засяга ендотелната функция, оксидативните процеси, тромбоцитната функция, фибринолизата, възпалението, липидната оксидация и вазомоторната функция. Наблюдават се обратими, както и необратими ефекти. Спирането на тютюнопушенето е част от промените в начина на живот и икономически най-ефективната стратегия за превенция на сърдечно-съдовия риск.(2)

Изчислено е, че тютюнопушенето на работното място води до значими директни и индиректни загуби поради загуба на трудоспособност, разходи за здравеопазване,

излагане на другите работещи и външни посетители/клиенти на ефекта на тютюневия дим, по-голям брой дни с временна нетрудоспособност. Намалената продуктивност показва по-изразена корелация с тютюнопушенето в сравнение с възрастта, алкохолната консумация, семейни проблеми като връзката е дозозависима.(29)

Непушачите, изложени вторично на тютюнев дим у дома или на работното място, имат 25 до 30% по-висока вероятност за развитие на такива заболявания.

Ползите от спиране на тютюнопушенето са доказани, като те се развиват в различен период от време. Рискът от ССЗ при бивши пушачи се намира между този при настоящи пушачи и непушачи. Според проучванията рискът от ССЗ на лицата, които спират да пушат, се доближава след 10–15 години до риска на непушачите, без да се изравнява с него.(2)

Прилагат се специфични програми, насочени против тютюнопушенето, в т.ч. фармакологични програми, както и програми за социална подкрепа сред работещите.(30) Използват се стратегии за обучение на работещите по отношение на здравните последици и интервенции, които да подпомогнат спирането на тютюнопушенето като групова терапия, материали за самопомощ, индивидуално консултиране, модифициране на работното място, организиране на подкрепа във фирмата/ организацията.

#### **Диета и контрол на телесното тегло**

Начинът на хранене повлиява рисковите фактори като телесно тегло, липиден профил, артериално налягане, нивото на глюкозата и др.(2)

Насоките, дадени в Препоръките за превенция на ССР, са от значение за диетичното хранене в столовете в предприятията.

Като цяло енергийният прием следва да се ограничи до количеството енергия, необходимо за поддържане на здравословно телесно тегло, тоест BMI между 20-25kg/m<sup>2</sup> телесна повърхност (т.п.).

Препоръки за здравословно хранене и профилактика на ССЗ(2)

- Наситените мастни киселини (НМК) да съставляват <10% от общия енергиен прием, като се заместват с полиненаситени мастни киселини (ПНМК).
- Транс-ненаситени мастни киселини (ТНМК): колкото е възможно по-ограничен прием, за предпочитане нулев прием от готови храни и <1% от общия енергиен прием от естествен произход.
- По-малко от 5 g сол на ден.
- 30–45 g фибри дневно, за предпочитане от пълнозърнести продукти.
- Най-малко 200 g плодове на ден (2–3 храненияя).
- Най-малко 200 g зеленчуци на ден (2–3 храненияя).
- Риба 1–2 пъти седмично, в единия от които да бъде мазна.
- 30 грама неосолени ядки дневно.
- Консумацията на алкохолни напитки трябва да бъде ограничена до 2 чаши на ден (20 г/дневно алкохол) за мъже и 1 чаша на ден (10 г/дневно алкохол) за жени.

- Консумацията на подсладени със захар безалкохолни напитки и алкохолни напитки трябва да се забрани.

Дори 5-10 % редуция на теглото подобрява нарушенията в мастната обмяна, както и другите рискови фактори (напр. артериалното налягане), които често се наблюдават при наличие на дислипидемия.(15)

### **Стрес на работното място**

Съществуват данни за връзката между стреса на работното място и метаболитния синдром (дефиниран, като наличие на поне три от следните фактори):

- централно затлъстяване;
- хипертония;
- хипергликемия;
- повишени триглицериди;
- ниски нива на липопротеини с висока плътност (HDL).

Ролята на психосоциалните фактори: ниският социо-икономически статус, липсата на социална подкрепа, стреса на работното място и дисбаланс в семейния живот повишават риска от развитие на ССЗ. Обикновено тези фактори се свързват с рисково поведение, като начин на живот и непридържане към терапия, както и с депресия, агресия и тревожност.

Мета-анализ, включващ данни за почти 200 000 работещи в 8 европейски държави, включени в Individual-participant data in working populations (IPD)-Work консорциум, показва, че връзката между стреса на работното място и честотата на коронарна артериална болест е подобна при мъже и жени, в по-млада и по-напреднала възраст, както и при хора в различна социо-икономическа позиция.(31)

Остават все още много въпроси за връзката на стреса на работното място и исхемичната болест на сърцето (ИБС). Повечето проучвания цитират, че комбинация от несъответствие между различни психосоциални фактори, свързани с работната среда в това число, изискванията в съответната среда, възприемането на възнаграждението спрямо степента на положените усилия, възприемането на контрола на работното място, водят до повишен риск от нежелани събития, свързани с работната среда, в това число и ИБС.(32) Това, което се отбелязва е липсата на повторемост в резултатите от тези проучвания.(35)

Какви биха били потенциалните механизми, свързващи стреса на работното място и коронарната артериална болест. Те биха варирали от директно активиране на невроендокринни механизми до нездравословен начин на живот, включващ тютюнопушене, ниска физическа активност и ексцесивна алкохолна консумация.

Смята се, че организационните стресори на работното място и работата с ниско ниво физическа активност са двата фактора, които най-често се свързват със ССЗ, асоциирани с работната среда.(33)

### **Продължителност на работното време**

Дългите работни часове (повече от 10 часа на ден) корелират с по-висока честота на затлъстяване, ниска физическа активност в свободното време, по-висока честота на

тютюнопушене и рисковата употреба на алкохол (жени – 21 или повече алкохолни единици седмично; мъже – 28 или повече алкохолни единици седмично). При тази група работещи има по-голяма вероятност от възникване на депресивна симптоматика или тревожност и по-висока честота на левокамерна хипертрофия, в сравнение с работещите 8 часа дневно. Анализ, включващ възрастта, пола и социо-икономическия статус показва, че работещите дълги работни часове имат повишен риск от предсърдно мъждене, в сравнение с тези, които работят 8 часа дневно.(16)

Релативният риск, свързан с дългите работни часове ( $\geq 55$  часа седмично), в сравнение с продължителност на работната седмица от 35-40 часа е 1,13 (95% confidence interval CI 1.02–1.26;  $p=0.02$ ), като корелацията е по-изразена при работниците с нисък социо-икономически статус, както за фатална, така и за нефатална коронарна болест. Дългите работни часове са свързани с повишен риск от мозъчен инсулт във всички социо-икономически групи, независимо от пола и възрастта (RR 1,33, 95 % CI 1.11–1.61;  $p=0.002$ ).(34) Вероятната причина за тази корелация са повтарящи се епизоди на провокиране на стресов отговор от организма (3,9), както и поведенчески механизми като ниска физическа активност, алкохолна консумация.(36) Някои данни показват също, че при работещите с дълги работни часове е по-вероятно симптомите да бъдат игнорирани, което да доведе до по-продължителен период до получаването на медицинска помощ.(37)

Продължителността на работното време се превръща в нов рисков фактор за ССЗ. Необходими са последващи проучвания, които да установят патофизиологичните механизми, както и да се направи опит да се дефинира неговия самостоятелен ефект, сравнен с традиционните рискови фактори за ССЗ

### **Влияние на шума**

Рисковата експозиция на шум е един от най-честите професионални рискове в световен мащаб. Докато някои данни показват, че експозицията на шум по време на работа вероятно бавно намалява в част от развитите държави, тенденцията е обратна в развиващите се държави, където икономиките преминават към индустриализация (9,10). Експозицията на шум е основна причина за предотвратима загуба на слуха(11) и причина за 16% от инвалидизиращата загуба на слух при възрастните в световен мащаб.(12)

Експозицията на шум оказва влияние върху функциите на множество органи и системи. Експозицията на шум може да доведе до загуба на слуха по два основни механизма – чрез продължителна експозиция или чрез акустична травма.(38)

Шумът може да доведе до повишаване на артериалното налягане, сърдечната честота и дебит, вероятно иницирани от освобождаване на катехоламини. Това от своя страна води до нарушаване в концентрацията и устойчивостта на вниманието, релаксацията и съня.(17)

Шумът на работното място може да се комбинира като рисков фактор с различни химични агенти, имащи ототоксични ефекти (олово и др.).

Известни са ефектите на нощната експозиция на шум върху качеството на съня. Съществува връзка между работата в условия на наднормени нива на шум и ниски температури и повишената смъртност от миокарден инфаркт при работещите.(18)

Професионалната експозиция на шум може да е рисков фактор за исхемична болест на сърцето. Работещите, изложени на високо шумово натоварване следва да бъдат

приемани като такива с висок сърдечно-съдов риск(18). Литературните данни показват умерено изразена връзка между шума на работното място и артериална хипертония.(39) По-нататъшни проучвания са необходими, за да се установи нивото на шум и продължителността, които могат да повишат риска от ССЗ.

#### **Работа на смени, сменен режим с нощен труд**

Продължителността и качеството на съня се повлияват негативно от фактори като продължителни часове работа (равно или повече от 10 часа дневно), работа на сменен режим.(9)

Сънят с достатъчна продължителност (7 или повече часа дневно) и качество е важен за основните метаболитни процеси, като регулацията на апетита, функцията на имунната система и неврохормоналния и симпатиковагалияния баланс.(19)

Множество данни, получени в други проучвания насочват към това, че нарушенията на циркадния ритъм могат да доведат до повишен ССР. Повишен ССР е установен и при работещи на нощни смени и при тези, които правят чести трансконтинентални пътувания, в това число екипажите на самолети.(40) Социалният ефект на часовата разлика (както при смяната на часовите пояси), дефиниран като разликата във времето на заспиване между работните и почивните дни, също е свързан с неблагоприятен кардиометаболитен рисков профил.(41) Работата на повикване също е свързана с нарушение на съня и води до широк спектър от психобиологични нарушения, в това число промяна в автономния контрол на сърдечната функция и активиран възпалителен отговор.(42)

Сменният режим на работа нарушава циркадния ритъм и повлиява качеството и количеството на съня(20), което води до повишен риск от ССР и фатални сърдечно-съдови инциденти(9,10). Лошото качество на съня, не само повишава стреса, свързан с работата, но и нарушава паметта, което може да доведе до проблеми с ефективността на работа (37). Налице са широки вариации в психологическите адаптации към нощната работа, като някои хора толерират това добре, но по-голямата част от работещите имат посочените по-горе прояви.

## **4. ОЦЕНКА НА СЪРДЕЧНО-СЪДОВИЯ РИСК**

Мерките за превенция на ССЗ при даден индивид се съобразяват със степента на неговия общ сърдечно-съдов риск: колкото по-висок е рискът, толкова по-интензивна трябва да е интервенцията.

Всички съвременни ръководства за превенция препоръчват оценка на общия риск от ССЗ с помощта на количествени методи.

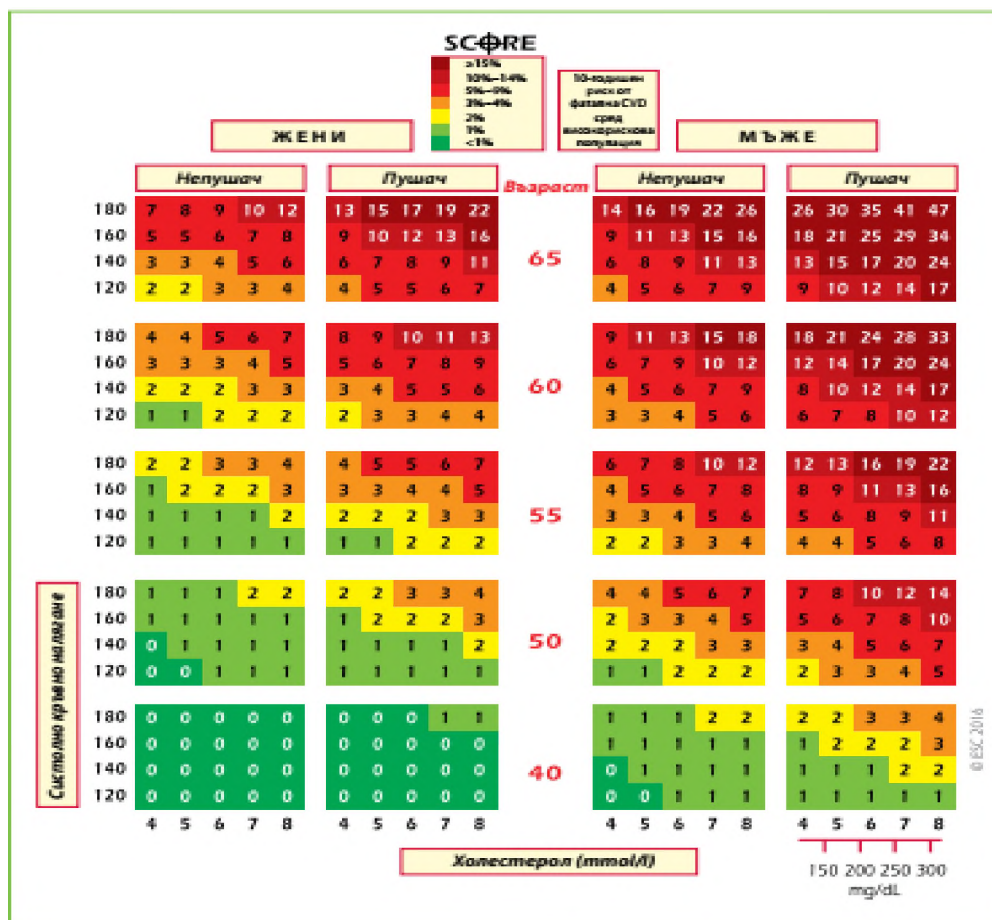
От 2003 г. Европейското кардиологично дружество предложи при оценяването на сърдечно-съдовия риск да се ползва системата SCORE (Systematic Coronary Risk Estimation - Система за количествена оценка на коронарния риск), при която се изчислява 10-годишният риск от фатална коронарна артериална болест въз основа на стойностите на основните рискови фактори (възраст, пол, систолно артериално налягане, общ холестерол). Този подход позволява, за да се намали степента на общия риск, да се въздейства върху един или повече от основните рискови фактори. Той се използва широко при скрининга на ССЗ.

Предимствата при използване на системата SCORE са:

- дава обективна оценка на сърдечно-съдовия риск;
- дава на медицинските специалисти от различни специалности /специалисти по вътрешни болести, кардиология, обща медицина, трудова медицина и др./ общ език за понятието риск;
- стандартизирани рискови категории – взема предвид многофакторния характер на ССЗ;
- лесен за ползване – пряко отчитане от стандартизирани таблици на рисковата категория /степеня на риска/ при известни стойности на основните рискови фактори;
- дава възможност за гъвкав подход - ако не може да се постигне идеално ниво на даден рисков фактор, общият риск все пак може да бъде намален чрез редукция на други рискови фактори.

За европейските държави се ползват два вида таблици - с нисък и висок риск. България е в групата на високорисковите страни, с нива на риска над два пъти по-голям от тези в ниско рисковите страни (сърдечно-съдова смъртност >450/100 000 при мъжете и >350/100 000 при жените), поради което се прилагат SCORE-таблиците за високорискови държави.(2)

Фигура 1: Таблица SCORE: 10-годишен риск от фатално сърдечно-съдово заболяване сред населението на страни с висок сърдечно-съдов риск на базата на следните рискови фактори: възраст, пол, тютюнопушене, систолно кръвно налягане, общ холестерол.



Фигура 2: Карта на релативния риск взета от SCORE – таблица за конверсия на холестерола mmol/L → mg/dL: 8 = 310; 7 = 270; 6 = 230; 5 = 190; 4 = 155.

Систолно кръвно налягане (mmHg)	Непушач					Пушач				
	4	5	6	7	8	6	7	8	10	12
180	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12
160	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8
140	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6
120	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8

Холестерол (mmol/l)

© ESC 2016

Оценката на сърдечно-съдовия риск по системата SCORE се прилага за скрининг при населението в работоспособна възраст в диапазона 40 ÷ 65 г. Тя се базира на основните рискови фактори - възраст, пол, систолно артериално налягане, общ холестерол и тютюнопушенето.

Лекарят взема пред вид и факторите модификатори на риска - психо-социалните фактори, факторите на работната среда и индивидуални фактори като фамилна анамнеза за преждевременна коронарна артериална болест (за майка, баща), индекс на телесна маса (BMI), централен тип затлъстяване, коронарен калциев скор.

#### Категории степен на риск:

**Нисък риск** (SCORE <1%): изисква препоръки относно начина на живот и запазване на тази рискова категория.

**Умерен риск** (SCORE е ≥1% и <5%): изисква препоръки относно начина на живот и при необходимост лечение при изразено повишаване на индивидуален рисков фактор.

**Висок риск** - SCORE ≥5%, но <10% **или** силно повишен единичен рисков фактор, например холестерол >8 mmol/L или АН ≥180/110 mmHg; захарен диабет с изключение на млади хора с диабет тип 1 без големи рискови фактори, скорост на гломерулна филтрация (glomerular filtration rate, GFR) 30–59 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>): изисква препоръки за начина на живот и често е необходимо прием на медикаменти при повишени стойности на индивидуален рисков фактор.

**Много висок риск** (SCORE ≥10% или една от следните характеристики: документирано ССЗ; захарен диабет с увреждане на таргетен орган плюс голям рисков фактор, като тютюнопушене, хиперхолестеролемия или хипертония, GFR <30 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>): изисква включване на лечение.(2)

#### Възраст

Най-важният рисков механизъм във всички по-краткосрочни (5 или 10 години) алгоритми за оценка на ССР е възрастта. След 65 години рискът от развитие на ССЗ нараства значително, за преобладаващата част от хората.(2)

Проблем при оценката представляват младите хора с високи нива на рискови фактори, при които ниският абсолютен риск може да прикрива много висок относителен

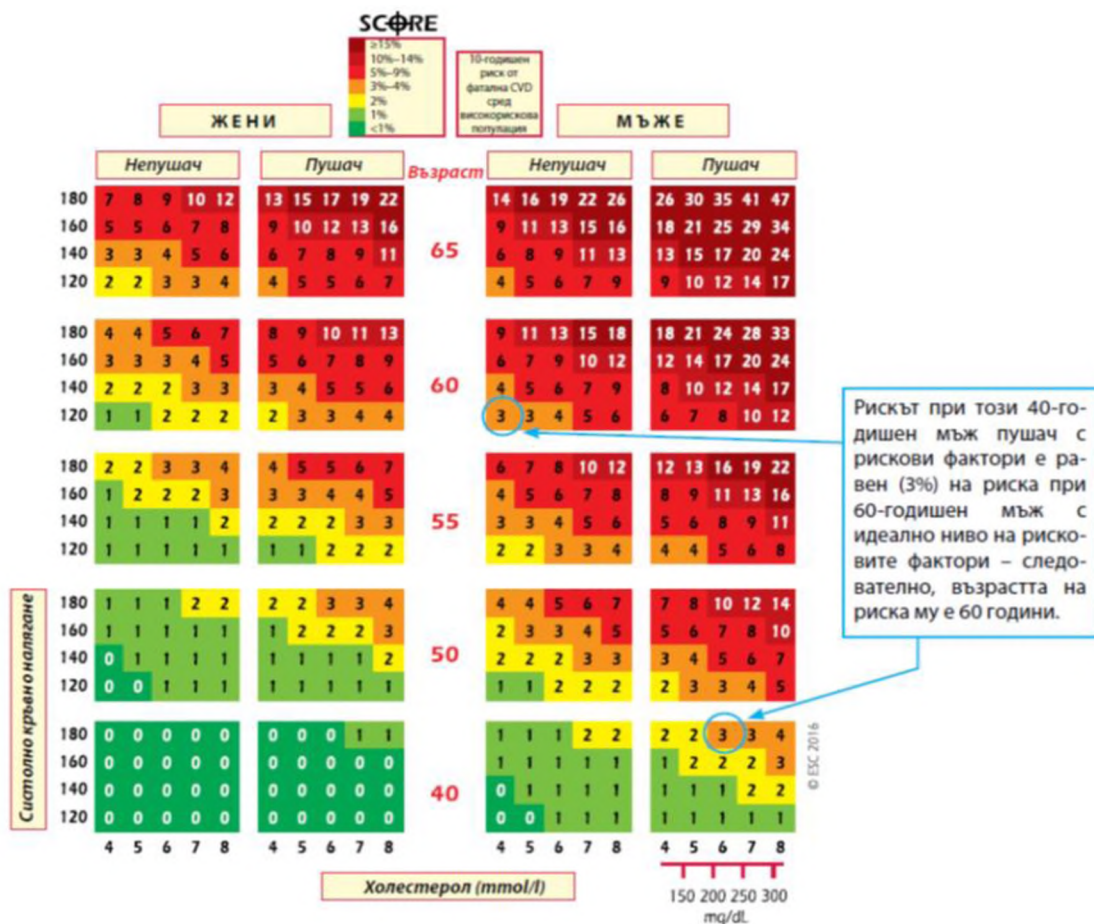
риск, изискващ препоръки за промяна в начина на живот. Едно от решенията е да се използва карта за релативния риск или „рискова възраст“. Целта е да се разясни, че промените в начина на живот могат да намалят значително релативния риск, както и да намалят покачването на риска с възрастта.

Младите хора (около 25 годишна възраст), при които основните рискови фактора (BMI < 25 кг/м<sup>2</sup> т.п.; липсваща или умерена алкохолна консумация; висок скор за здравословна диета; висок скор за физическа активност; никога не са пушили) са в посочените параметри, ще имат съответно ниско рисков профил и след 20 години (когато средната им възраст е около 45 години). Доказано е значението на нискорисковия профил на средна възраст за по-ниска смъртност от ССЗ, по-ниска честотата на хронични заболявания и за общата смъртност (22,23).

В Препоръките на ESC се цитира следният пример: ако при пациент на 40-годишна възраст, пушач и с артериална хипертония е отчетен умерен риск /напр. 3%/ - този риск е равен на риска на 60-годишен човек с идеално ниво на рисковите фактори т.е. неговата рискова възраст е 60 години.(2)

При млади хора е важно прилагането на релативния риск.

Фигура 3: Таблица SCORE, (за употреба във високорискови европейски страни) илюстрираща как въз основа на таблицата може да бъде разчетена приблизителната рискова възраст.



### Артериално налягане

Хипертонията се дефинира, като стойности на систолното артериално налягане  $\geq 140$  mmHg и/или стойности на диастолното артериално налягане  $\geq 90$  mmHg. Това се базира на доказателства от множество проучвания, че лечението на лица с тези стойности води до несъмнена полза по отношение намаляването на риска за последващи усложнения. Със застаряване на населението, възприемането на по-заседнал начин на живот и с повишаването на телесното тегло честотата на хипертонията в световен мащаб ще продължи да се покачва.

Повишеното артериално налягане е водещ глобален фактор за преждевременна смърт и инвалидност през 2015 г. Това се свързва със в приблизително 70% със систолично артериално налягане SBP  $\geq 140$  mmHg поради исхемична болест на сърцето (4.9 млн. смъртни случаи годишно), хеморагичен инсулт (2.0 млн.) и исхемичен инсулт (1.5 млн.). Както артериалното налягане, измерено при преглед, така и това, което е измерено при проследяване у дома показва независима корелация с посочените заболявания, но и с внезапна смърт, сърдечна недостатъчност, периферна артериална болест, терминален стадий на бъбречно заболяване, предсърдно мъждене, когнитивни нарушения и деменция. Зависимост между артериалното налягане и риска от нежелани събития е доказана за всички възрасти и при всички етнически групи. След 50-годишна възраст систолното артериално налягане има по-добра прогностична стойност, а диастолното артериално налягане е свързано с повишен сърдечно-съдов риск при по-младите пациенти (<50 години).

Хипертонията рядко се среща изолирано и често се съчетава с други сърдечно-съдови рискови фактори, като дислипидемия и нарушен глюкозен толеранс. Натрупването на метаболитни рискови фактори оказва мултиплициращ ефект върху сърдечно-съдовия риск.(43)

### Холестерол

Ключовата роля на дислипидемията, особено хиперхолестеролемията за развитието на сърдечно-съдови заболявания е установена с генетични, патофизиологични проучвания.

В кръвната плазма липидите, като холестерол и триглицериди, циркулират под формата на липопротеини свързани с различни други протеини. Основният преносител на холестерол в плазмата е LDL (липопротеини с ниска плътност), който е атерогенен. В рамките на широк диапазон от концентрации на холестерол в кръвната плазма, се установява зависимост между общия и LDL-холестерол с риска от развитие на сърдечно-съдови заболявания. Тази връзка се установява, както при мъже и жени с констатирани вече ССЗ, така и при лица без данни за наличие на сърдечно-съдови заболявания. Доказателствата, че понижаването на плазмения LDL-холестерол намалява риска от сърдечно-съдови заболявания са безспорни, установено в голям брой проучвания. Това е причината понижението на LDL-холестерол да е главна цел на превенцията на сърдечно-съдовите заболявания.

Ниският HDL-холестерол (липопротеин с висока плътност) е свързан с повишен сърдечно-съдов риск, но все още не може да се дефинира прицелна стойност, която би имала ефект за понижаване на риска. Промени в начина на живот и диета се препоръчват при всеки пациент с повишени стойности, но оценката на общия сърдечно-съдов риск

определя колко интензивна да е интервенцията и какви да са прицелните стойности при започване на лечение.

Преди започване на лечение на дислипидемия трябва да бъде изключени други заболявания, като напр. хипотиреоидизъм, които биха повлияли нивата на липидите. Вторични дислипидемии могат да се наблюдават при алкохолна злоупотреба, захарен диабет, синдром на Cushing, болести на черния дроб и бъбреците и някои лекарства (напр. кортикостероиди). Необходимо е да се идентифицират пациентите с генетични дислипидемии на базата на липидния профил и фамилен анамнез. Ползата от холестерол-понижаваща терапия зависи от началните нива на ССР: колкото по-висок е рискът, толкова по-голяма е ползата от намаляването на абсолютния риск.(2)

По отношение на пола – при една и съща възраст по-ниският риск при жените е свързан с това, че при тях той е отложен с 10 години, но от ССЗ умират повече жени, отколкото мъже. Т.е. трябва да се има предвид, че намаляването на риска е отложено във времето.

### Тютюнопушене

Както се вижда от картата на Фигура 1 тютюнопушенето има сериозен принос за повишаване на ССР. От друга страна, лицата, които спират да пушат, намаляват риска от ССЗ наполовина.

Количествена оценка на общия сърдечно-съдов риск със системи за изчисляване на риска, като SCORE, се препоръчва при възрастни лица >40 години, освен когато те се категоризират автоматично като такива с висок риск или много висок риск въз основа на документирано ССЗ, бъбречна болест или силно повишен единичен рисков фактор.

Оценката на сърдечно-съдов риск се прилага и при лица под 40-годишна възраст с изявен основен рисков фактор и работещи, изложени на въздействието на рискови фактори от работната и социалната среда модифициращи ССР.

Прогностичната стойност на комбинацията от индивидуалните рискови фактори (тютюнопушене, алкохолна консумация и физическа активност) и факторите на работната среда (работно натоварване, физическата активност на работното място и др.) за оценка на риска е изследвана в множество проучвания, които са достъпни за специалистите в интернет.

От гледна точка на контрола на ССР рисковите фактори могат да бъдат разделени на две групи: фактори, които не могат да се променят, и фактори, които могат да бъдат повлияни. Факторите, които не могат да се променят са: пол, възраст и наследственост.

Оценката на сърдечно-съдовия риск не е еднократно събитие, тя трябва да се повтаря през равни интервали(2). Периодичността се определя от степента на риска.

## **5. ОЦЕНКАТА НА ССР В ТРУДОВОМЕДИЦИНСКАТА ПРАКТИКА**

Превенцията на ССЗ на работното място се основава на разбирането, че профилактиката трябва да започне възможно най-рано в трудовия живот на всеки работещ и да се провежда насочено и последователно, така че ниският риск в млада възраст да се превърне в нисък риск и в средна възраст, което съответно да доведе до пониска честота на диагностицирани ССЗ, изискващи вторична профилактика и лечение.

В основата на първичната превенция на ССЗ е оценката на ССР. Тя се извършва по време на периодичните профилактични медицински прегледи или като специално организирана профилактична кампания.

Контролирането на рисковите фактори, идентифицирани при оценката на ССР, е важна част от първичната превенция.

Основни задачи на първичната превенция на ССЗ при работа:

- идентифициране на индивидуалните рискови фактори при всеки работещ;
- определяне на степента на сърдечно-съдовия риск на всеки работещ;
- определяне на обхвата и срока на последващото здравно наблюдение /изследвания и прегледи/ за всеки работещ в зависимост от степента на риска;
- индивидуални препоръки към работещия и работодателя за ограничаване на експозицията на рискови фактори от работната среда, определени като модификатори на риска;
- определяне на групите работещи за здравно наблюдение с различен обхват и периодичност; Организирането на здравното наблюдение се включва в програмата по ЗБУТ на предприятието;
- препоръки за програми за превенция на рисковите фактори за ССЗ, ранжирани по значимост.

**За кои групи работещи е предназначена оценката на сърдечно-съдовия риск?**

- Работещи, изложени на въздействието на посочените като модифициращи сърдечно-съдовия риск фактори от работната среда, като наднормен шум, преохлаждащ микроклимат /напр. при работа в хладилни камери повече от 2 до 4 ч. дневно/ , при работа на открито, при работа на смени с нощен труд, удължено работно време и др.
- Работещите от високорискови професии, като пилоти, шофьори, пожарникари и др. и такива, изложени на кумулативно въздействие на два и повече рискови фактори на работната среда.
- Работещите с неконтролирани нива на кръвна захар, респ. гликиран хемоглобин и изложени на сменен режим на работа или удължено работно време, стрес на работното място , следва да бъдат мониториращи на 6 месеца.

Оценката на ССР е в основата на програма за здравно наблюдение на работещите с периодичност, определена за всяка една от групите. Например работещите с нисък риск, изложени на посочените по-горе рискове при работа, подлежат на последваща оценка на ССР след три години; работещите с умерен риск – на две години. Работещите, попадащи в групата с висок и много висок риск – ежегодно.

**Кои работещи попадат автоматично в групата на висок и много висок сърдечно-съдов риск?**

- Работещи със захарен диабет с увреждане на таргетен орган (напр. протеинурия) или тези, които имат и още един „голям“ рисков фактор (напр. тютюнопушене, хиперхолестеролемия, артериална хипертония)

- Работещи със значителна продължителност на протичането на диабета със нестабилни нива на кръвната захар, респ. гликирания хемоглобин
- Работещи с тежка или умерено тежка хронична бъбречна недостатъчност (Glomerular Filtration Rate, GFR<59 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>)
- Работещи със силно повишен единичен рисков фактор: холестерол >8 mmol/L (напр. при фамилна хиперхолестеролемия) или артериално налягане ≥180/110 mmHg
- Работещи с артериална хипертония с неоптимален контрол на артериалното налягане(2)

За тези работещи не се прилага методиката за оценка на сърдечно-съдов риск SCORE.

Те се включват в групата за ежегоден мониторинг на здравното състояние.

**Кои са основните групи работещи, които се включват за системно здравно наблюдение по повод констатирани вече сърдечно-съдови заболявания?**

Вторичната профилактика на ССЗ е стратегия, насочена към намаляване на вероятността за повторно сърдечно-съдово събитие при работещи с вече констатирано ССЗ и изложени на рискове при работа, които могат да имат неблагоприятно въздействие върху здравното им състояние.

Според Препоръките на Европейското кардиологично дружество това са работещите с: артериална хипертония, предсърдно мъждене, коронарна артериална болест, хронична сърдечна недостатъчност, мозъчно съдова болест, периферна артериална болест(6).

Работещите с тези заболявания и изложени на посочените по-горе фактори на работната среда са обект на вторичната превенция. Целта да не се допуска влошаване на здравното състояние и да се поддържа дееспособността им. Те се включват в групата за ежегодно здравно наблюдение

### **5.1. Идентифициране на групите работещи за първична и вторична профилактика**

Преобладаващата част от работещите са изложени на въздействието на различни фактори на работната и социалната среда, които могат да модифицират ССР. По тази причина някои работодатели включват в програмите си за превенция на здравето периодична оценка на ССР на целия персонал, независимо от възрастта, пола и свързаните с работата рискове. Работещите с висок и много висок сърдечно-съдов риск се включват в рискови групи за проследяващо здравно наблюдение.

Други работодатели ограничават обхвата на прегледите до работещите, изложени на рискови фактори от работната среда и тези, за които са налице медицински доказателства за сърдечно-съдови заболявания или такива, които повлияват ССР.

#### **Примерна процедура**

При организирането на профилактичните прегледи въз основа на оценката на риска за безопасността и здравето при работа и рисковите фактори от работната среда СТМ, съвместно с органа по БЗР в предприятието, изготвя списъци:

- на работещите за оценка на сърдечно-съдовия риск (*приложение № 1*);

- на работещите с вече установени ССЗ, включени в група за вторична превенция (артериална хипертония, предсърдно мъждене, коронарна артериална болест, хронична сърдечна недостатъчност, мозъчно съдова болест, периферна артериална болест), по данни от предходни профилактични прегледи, болнични листове, Експертни решения на ТЕЛК и др. (*приложение № 2*).

Експозициите на конкретните рискови фактори се нанасят от преките ръководители.

Списъците на работещите подлежащи на прегледи се обсъждат в комитета/групата по условия на труд (КУТ/ГУТ) и се утвърждават от работодателя. Изготвят се заповед и графици за провеждане на изследванията и прегледите.

Списъците се предоставят на медицинските специалисти, които ще извършат оценката на сърдечно-съдовия риск и здравното наблюдение на работещите с констатирани вече ССЗ.

## 5.2. Подготовка за провеждане на прегледите

### А. Подготовка на данни и медицинска документация

Преди медицинските прегледи за работещите, включени в рисковите групи за оценка на ССР и здравно наблюдение, се намира наличната актуална медицинска информация и данни.

#### Медицинска информация от работодателя

Работодателят предоставя:

- болничните листове на работещите от последните 12 месеца;
- експертни решения на ТЕЛК и заключенията за пригодност;
- информация за трудоустроени работещи (ако има такива), лица под специална закрила, в т.ч. майки, бременни и др.

#### Данни от работещите

На работещите от рисковите групи предварително се предоставят:

- **Чек-лист за субективното мнение за наличие на рискови фактори при работа** (*приложение № 3*). Взема се предвид мнението на работещия за факторите на работната среда, които счита за рискови за здравето и безопасността му;
- **Тест за самооценка на риска от инфаркт на миокарда** (*приложение № 4*). Включва въпроси и данни за: фамилна обремененост със ССЗ, включително такива с ранна изява; тютюнопушене; изчисляване на BMI /с оценка - тегло под нормата, нормално тегло, наднормено тегло, затлъстяване/; хранителен режим, двигателна активност, известните до момента стойности на общия холестерол, артериалното налягане, диагностициран диабет; оценка на стреса при работа, наличие на оплаквания, които са типични за ССЗ. Всеки от резултатите се оценява със съответен брой точки, при сумирането на които се получава сбор, който поставя пациента в една от следните четири категории: риск под средностатистическия, средностатистически риск, повишен и значително повишен риск (44);

- **Въпросник за профилактичен преглед (приложение № 5)** – с данни за установени заболявания, лечение, прием на лекарства в момента (вид, доза, начин на приемане на медикаментите) и други.

Необходимо е работещите да ги попълнят преди прегледите.

Работещите предоставят по време на прегледите и медицински документи по здравни проблеми през последните три години (ако има такива), в това число епикризи, резултати от изследвания и други.

#### Изследвания на кръв и урина на работещите

Органът по БЗР изготвя списък на работещите за изследване на кръв и урина във връзка с оценката на ССР и констатираните вече при работещите заболявания, който се предоставя на МЦ/ДКЦ/лаборатория. Изследванията предхождат профилактичните прегледи.

Преди провеждане на изследванията работещите се информират за условията за пробовземане на кръв и урина с оглед осигуряване на коректност на резултатите от тях (*приложение № 6*).

**Препоръчителен обхват на изследванията** е даден в *приложение № 6*. Конкретният пакет от изследвания се определя по преценка на екипа, който ще провежда прегледите, в зависимост от констатираните заболявания.

Резултатите от изследванията се получават в два екземпляра – един за работещия и един за медицинските специалисти, които ще извършват прегледите, и се съхраняват в здравното му досие.

#### **Б. Запознаване на лекарския екип с наличните данни и медицинска документация**

Преди прегледите лекарят от СТМ предоставя информация на медицинските специалисти за условията на труд, рисковите фактори при работа и възможните неблагоприятни въздействия за здравето на работещите, включени в групите за оценка на сърдечно-съдовия риск и за здравно наблюдение по повод диагностицирани вече ССЗ.

На преглеждащия екип лекарят от СТМ предоставя още:

- резултатите от предходни медицински прегледи и данни от проследяващо здравно наблюдение за всеки работещ от посочения по-горе списък /ако има такива в здравното досие/;
- епикризи;
- резултати от допълнителни прегледи и изследвания за работещите, които са предоставили резултати от тях;
- ЕР на ТЕЛК/НЕЛК – ако има такива и др.

### **5.3. Провеждане на прегледите**

Лекарят от службата по трудова медицина присъства на прегледите.

#### **А. Участие на работещите**

Работещият се явява на прегледа с попълнени чек-лист за самооценка на сърдечно-съдовия риск, въпросник за профилактичен преглед с приеманата към момента на прегледа терапия и чек-листа „Фактори на работната среда“, както и наличната

медицинска документация от три години назад (ако има такава).

#### **Б. Задачи на медицинските специалисти**

Медицинските специалисти снемат анамнеза (фамилна и професионална), насочена към симптоматика за ССЗ, запознават се с данните от цялата достъпна медицинска документация, в т.ч. за придружаващи заболявания, и провеждат физикален преглед с измерване на сърдечна честота, артериално налягане и ЕКГ-изследване.

На базата на резултатите от изследванията на кръв, ВМІ, стойностите на артериалното налягане, ЕКГ, данните от анамнезата и прегледа лекарите правят оценка на здравното състояние, определят индивидуалния ССР и рисковите фактори, които следва да бъдат контролирани. При наличие на констатирани СС заболявания се оценява дали заболяванията са медикаментозно контролирани или е необходимо промяна в терапия/препоръки за болнично лечение и др.

Съпоставянето на идентифицираните от работещия индивидуални фактори, отговорни за оценката на СС риск, и обективно направената от медицинския екип оценка на риска от възникване на коронарен инцидент е от решаващо значение за мотивиране на работещия да контролира теглото, артериалното налягане, да има физическа активност и др.

Установените при лицето индивидуални рискови фактори и тяхното благоприятно повлияване се дискутират и обсъждат с лекаря.

Проучванията показват, че около 40% от хората подценяват индивидуалните си рискови фактори, а 20% ги надценяват(24).

Преглеждащият лекар дава препоръки за честотата и обхвата на последващо здравно наблюдение (напр. липиден контрол; контрол на кръвната захар; изследване на гликиран хемоглобин; контрол на стойностите на артериалното налягане и др.) и период за следваща оценка на сърдечно-съдовия риск.

Работещите с установени ССЗ, включени в списъка от *приложение №2* се преглеждат от медицинските специалисти за оценка дали заболяването е под добър медикаментозен контрол и дали фактори на работната среда оказват неблагоприятно въздействие върху здравето и дееспособността им. Обхватът на прегледите на тези работещи може да включва и извършване на специализирано изследване (ехокардиография) за прецизиране на оценката.

#### **5.4. Резултати от прегледите**

Резултатите от прегледа и оценката на ССР се нанасят в карта за профилактичен преглед (*приложение № 7*) и в карта за оценка на ССР (SCORE-карта) (*приложение № 8*), която се предоставя на лицето.

Резултатите от прегледите на работещите със ССЗ се отразяват в *приложение №15*.

В съответствие със степента на оценените риск и определящите го фактори, работещият се консултира за необходимостта от придържане към съответни норми на живот и/или прием на медикаменти, в т.ч. получава индивидуални препоръки за физическа активност, препоръчителни храни и др. Обсъжда се и необходимостта от ограничаване на определени рисковите фактори на работната среда, като физическо натоварване и др.

Оценката на ССР служи да мотивира работещите да поддържат показателите на основните рискови фактори в определени параметри чрез спиране на тютюнопушенето, подходяща диета, физическа активност, социални комуникации и други.

На работещия се предоставят данните от прегледите и промотивни материали според идентифицираните рискови фактори. Примери са дадени в *приложение № 9, 10, 11*. Подобни материали са широко достъпни на страниците на институции и специализирани организации, професионални сдружения и др.

За всеки работещ се води здравно досие, в което се отбелязват резултатите от прегледите и изследванията и дадените препоръки.

Работещите, насочени за допълнителни изследвания и за динамично проследяване след дадени препоръки за промяна в начина на живот, се включват в групата за наблюдение – напр. 6 месеца след проведените прегледи.

#### **А. Службата по трудова медицина**

След приключване на прегледите, на базата на оценката на ССР, лекарят от СТМ дава заключения за пригодност на работещите да изпълняват възложената им работа, като определя и условията, които следва да се спазват с цел запазване на устойчива работоспособност.

Лекарят от СТМ изпраща уведомления (*приложение № 12*) до общопрактикуващите лекари за работещите, които се нуждаят от допълнителни изследвания и прегледи за контролиране на рисковите фактори (общ холестерол, триглицериди и др.).

Данните от резултатите от прегледите се обобщават и анализират от СТМ и се ползват при оценяването на риска за здравето и безопасността на работещите.

СТМ дава препоръки на работодателя за ограничаване на възможното неблагоприятно въздействие на рисковете при работа върху здравното състояние на работещите. Предлага, в съответствие с оценките на риска, промени в работната среда и организацията на работа, програми за промоции, обучение и инициативи за контрол на психо-социалните фактори и стреса на работното място, подходящи режими на труд и почивка и др.

СТМ, със съдействието на работодателя, организира здравното наблюдение и проследяването на здравното състояние на работещите от рисковите групи.

При съвременните възможности за комуникация част от здравното наблюдение може да се извършва дистанционно. На работещия, след предварително определен период от време в зависимост от индивидуалния риск (напр. 3 до 6 месеца), се изпраща писмо (най-често по електронна поща)(*приложение №13*), в което се посочват необходимите контролни лабораторни изследвания/прегледи или проследяване на артериалното налягане в домашни или амбулаторни условия (*приложение №14*). Работещият изпраща обратно исканите от него данни и получава препоръки за последващи действия от лекаря, извършил прегледите в дистанционна аудио- или видеоконсултация.

## 5.5. Роли и отговорности

Таблица № 2. Отговорности в процеса на контрол на ССР

АНГАЖИРАНИ	ОТГОВОРНОСТИ
Работодател	Инициира и финансира здравното наблюдение на работещите във връзка със сърдечно-съдовия риск /ССР/, осигурява сътрудничеството с лекарските екипи от МЦ/ДКЦ и др, организира провеждането на прегледите и изследванията
Работещ	Явява се на организирани прегледи и изследвания, изпълнява указанията на работодателя и медицинските специалисти, добросъвестно попълва изискваните се за оценката на ССР въпросници, предоставя медицинска документация, данни за прием на лекарства и др.
Медицински специалисти – Вътрешни болести/Обща медицина/Кардиология	Запознават се с рисковите фактори и условията на труд – т.н. модификатори на сърдечно-съдовия риск при работещите, подлежащи на прегледи и наличните медицински данни за всяко лице, вкл. резултатите от направените изследвания и извършват преглед. Въз основа на всички данни и резултати оценяват ССР за работещия и дават индивидуални препоръки.
СТМ	Участва при определяне на групите работещи, изложени на рискови фактори при работа – модифициращи сърдечно-съдовия риск и в организирането на прегледите. Предоставя наличната медицинска документация и запознава преглеждащия екип с условията на труд, рисковите фактори при работа и възможните неблагоприятни въздействия за здравето на работещите, включени в групите за оценка на ССР и здравно наблюдение по повод констатирани ССЗ. Лекарят от СТМ – трудовият медик присъства на прегледите и дава заключения за пригодност на работещите да изпълняват възложената им работа. Дава препоръки на работодателя за адаптиране на работната среда и промени в организацията на работа, трудоустрояване и др. за всеки работещ индивидуално от рисковите групи; Разработва и участва в реализирането на програми за промоции на здравето и др.
КУТ/ГУТ	Обсъжда и приема програми за промоция на здравето и здравно наблюдение на работещите, периодично се информира за изпълнението им спрямо планираните индикатори и ефективността на предприетите действия.
Синдикати	Договарят с работодателя мерки и мероприятия, насочени към подобряване на условията на труд и намаляване на ССР за работещите. Участват в инициативи за мотивиране на работещите за здравословно и безопасно поведение при работа и за здравословен начин на живот.

## 6. ПРОГРАМА ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА СЪРДЕЧНО-СЪДОВИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ ПРИ РАБОТА

През последните десетилетия повече от половината от намалената смъртност на населението вследствие ССЗ се свързва с промени в нивата на рисковите фактори сред населението, преди всичко с понижението на нивата на холестерола, кръвното налягане и отказа от тютюнопушене. Превенцията на ССЗ чрез осъществяване на промени в начина на живот е икономически ефективна в различни степени в зависимост от внедряването на превантивни стратегии.

Предприятията, за които здравето на работещите е приоритет, провеждат редовно инициативи, насочени към опазване и укрепване на здравето на работещите в зависимост от характера на извършваната работа и работната среда, възрастта, пола, както и на наличните данни за здравното им състояние и установените сърдечносъдови рискови фактори(26).

Програмите, провеждани на работното място, са доказано успешна стратегия за намаляване и предотвратяване на основните рискови фактори за ССЗ и инсулт. Обучението и включването на работещите в контрола на рисковите фактори с оглед промяна в техните здравни навици, са от ключово значение. Съвременните данни от социални и медицински проучвания показват, че те могат да допринесат, както за укрепване здравето на работещите, така и за профилактиката на ССЗ в популацията като цяло(26).

Инициативите за укрепване на здравето на работещите могат да бъдат с различни степени на участие на работодателя с инвестиции: от образователни програми, поощряващи действия на работещите, провеждани самостоятелно на работното място и извън него; инвестиции за подобрения в работната среда; програми за развитие на здравословни навици в рамките на работното и личното време на работещия; програми за профилактика и превантивни здравни грижи в партньорство с доставчици на здравни услуги; за здравно обслужване на работещите, здравни нужди и лечение (свързани със значителни инвестиции напр. за допълнително здравно осигуряване и/или здравно застраховане) и други.

Програмите трябва да се провеждат за продължителен период от време, като се проследяват рисковите групи работещи през съответни интервали (с различна периодичност в зависимост от степента на риска), и системно се оценява прогресът или липсата му и се планират последващи действия.

Една програма ще бъде ефективна, ако бъде включена в политиката на ръководството и функциите и задачите на организационните структури на предприятието.

Програмите за превенция на ССР водят до запазване на физическата дееспособност и работоспособност на работещите. Те могат да бъдат допълвани и модифицирани с цел превенция на риска и за заболяванията на опорно-двигателния апарат, в т.ч. костно-мускулна система, нервна система и други, както и при изготвяне на индивидуални програми.

### 6.1. Ползи от изпълнението на програми за превенция на здравето

Търсещите работа днес имат по-високи изисквания към работата. Те очакват тя да отговаря на личните им нужди и цели и предпочитат работодатели с ангажираност за

тяхното здраве и сигурност.

Тъй като по-голямата част от времето те прекарват на работното място и трудно отделят време в грижи за здравето, е наложително работодателите да инвестират в опазването и укрепването на здравето им, да създават култура и насърчават здравословно поведение на работното място и здравословен начин на живот.

**Ползите от една програма за превенция на здравето на работното място могат да се изразяват в следното:**

#### Здравословно поведение

Добрата програма може да помогне работещите да възприемат и поддържат здравословни навици като редовна физическа активност и здравословно хранене, да се освободят от вредни навици като пушене, злоупотреба с алкохол и др. и в резултат да намалят риска от възникване на здравословни проблеми. По-малко вероятно е такъв работещ да стане жертва на депресия и последиците от нея, тъй като обратно - може да се очаква повишаване на общото удовлетворение от живота.

#### Намаляване на риска от заболявания

Здравословното поведение намалява рисковете за здравето, което води до по-малко хронични заболявания. Всички здравословни проблеми като висока кръвна захар, високо кръвно налягане и др. се свързват с липса на физическа активност и лош хранителен избор.

#### Разчупване на монотонността

Правенето на едно и също нещо всеки ден прави работата скучна и уморителна. Това понижава настроението и производителността на работещите.

Участието в инициативи, които насърчават доброто здраве и активността, може да бъде забавно и едновременно полезно, да бъде източник на ентузиазъм сред работещите и създаване на благоприятна среда за работа.

#### Намаляване на стреса

Стресът е неизбежна част от ежедневието. Той е нездравословен както за работещите, така и за социалния климат в предприятието, респ. за икономическите резултати.

Програми, насочени към справяне със стреса на работното място, водят до подобряване на здравното състояние на работещите, повишаване на производителността и по-ниско текучество, както и до допълнително намаляване разходите на работодателите за здравеопазване.

#### Намаляване на отсъствията от работа

Когато работещите са здрави и без стрес, е по-малко вероятно да отсъстват от работа. Такива работещи вероятно ще бъдат по-ангажирани в работата си и ще бъдат по-продуктивни като цяло.

#### Задържане на работещите в предприятието /намаляване на текучеството/

Превантивните мерки за осигуряване и укрепване на здравето показват загрижеността на работодателя към най-важния актив на предприятието – работещите, тяхното здраве и благополучие. Това може да ги направи лоялни към предприятието и по-

склонни да останат, вместо да търсят работа другаде.

#### Повишаване ангажираността на работещите към политиките на предприятието

Програмите за повишаване на здравната култура създават целенасочена и ангажирана работна сила, която ги разглежда като полза за кариерното развитие и благодетелстване извън работното място. Помагат работещите да се ангажират за постигане на общите цели и да решат да останат дългосрочно в предприятието.

#### Намаляване на разходите за здравни грижи

Насърчаването на физическата активност и здравословното хранене е от полза за здравето и благосъстоянието на работещите. Това ги прави по-малко склонни да се наранят или разболеят, спестявайки разходи за здравни грижи в дългосрочен план.

#### Повишаване на производителността

Една от основните причини за ниска производителност е лошото здраве. Участието в програми и дейности, фокусирани върху възприемането на добро здравословно поведение (напр. редовни упражнения), повишава дееспособността и производителността. Работещите ще бъдат по-концентрирани и по-мотивирани да изпълняват задачите си.

Добрата програма помага на работещите да постигат своите стремежи и цели, а на работодателя носи положителен имидж – важни условия за успешно развитие.

### **6.2. Елементи на програмите за превенция на здравето**

Програмата трябва да бъде насочена към нуждите на всички работещи в предприятието/организацията, независимо от вида на извършваната работа, физически и интелектуален капацитет пол, възраст, етнос, социално-икономически статус, социо-културни фактори(1).

#### **Програмата може да включва:**

##### Обучение, свързано със ССЗ

Работодателят организира или промотира курсове и/или осигурява материали за обучение на работещите относно ССЗ.

##### Спиране и профилактика на тютюнопушенето

Не се допуска тютюнопушене на територията на предприятието, организират се инициативи с цел мотивиране за спиране на тютюнопушенето и профилактика сред работещите.

##### Контрол на телесното тегло

Работодателят предлага ефективна програма за контрол на телесното тегло, която да окуражи работещите да спазват разумен хранителен режим и редовна физическа активност.

##### Хранене

Програмата осигурява обучение за здравословно хранене на работещите, насочването към информация в интернет; предлагане на здравословни храни; групово или индивидуално консултиране с диетолог.

Осигуряване на здравословно хранене на работещите на място в предприятието,

включващо плодове, зеленчуци, пълнозърнести храни, обезмаслени млечни продукти, риба, т.е. осигуряване на избор на храни, които да са с ниско съдържание на транс мазнини, натрий и калории.

#### Физическа активност

Изграждане/предоставяне на съоръжения за осигуряване на възможности за физическа активност и подкрепа за физически активен начин на живот.

Поощряване на физическата активност по време на физиологичните почивки за дейностите, за които това е препоръчано от СТМ.

Стимулиране на физически занимания извън работното време.

#### Стрес

Работодателят предлага обучение и предприема действия за намаляване и овладяване на свързания с работното място стрес (като натоварването по време на работа, дисбаланс усилие/награда, дълги работни часове, работа при сменен режим, конфликт семейство/работа). Целта е да се намалят здравните последици от стреса вследствие прекомерно психично натоварване и да се поддържа дееспособността на работещите.

#### Здравословни и безопасни условия на труд

От работните места трябва да се отстранят всички фактори, които поставят в риск здравето и безопасността на работещите. Програмата трябва да включва инициативи за подобряване на физическата среда и организационният климат.

Работодателят оценява и съответно коригира всички опасни за здравето и безопасността на работещите рискови фактори, въвежда системи за контрол и наблюдение за отклонения в тях.

#### Здравно наблюдение

Работодателят организира периодична оценка на здравното състояние на работещите за ранно откриване на заболявания, свързани с условията на труд или такива, които могат да се повлияват от условията на труд и организацията на работа. Осигурява скрининг за ССЗ и проследяване на здравното състояние на работещите от рисковите групи. В рамките на предприеманите мерки за превенция на ССР при работещи с установено ССЗ може да се планира ежегодна ваксинация.

### **6.3. Подход и партньорство**

Инициативата за създаване и провеждане на програми за укрепване на здравето може да принадлежи на работодателя, работещи и техни представители в КУТ или синдикални организации, СТМ и други.

Партнирането между отделните участници в този процес включва като начало работодателят и мениджърският състав на предприятието да бъдат убедени в ползата от провеждането на програми, свързани с превенция на здравето на работното място (27-29).

Сътрудничеството между работодателя, ръководители и работещи създава общо разбиране на проблема и е в основата на успеха на програмата. Участието на работещите и/или техните представители води до по-открито обсъждане на здравни проблеми,

включително на ССЗ, и реализирането на целенасочени превантивни мерки. Ангажираността им се постига чрез разясняване на целите на програмата/ите, обсъждане на техни предложения и приемане на програмата с участието на техните представители.

Работодателят трябва да определи ценностите, които ще поддържа, целите които си поставя и практиките, които ще прилага за постигането им. От съществено значение е механизмът за управление на програмите. Той ще бъде различен според размера и структурата на предприятието.

Препоръчва се в големите и средни предприятия със заповед да се определи Комисия (Комитет), която да планира и организира изпълнението на програмата. Членовете ѝ могат да имат различни функции в предприятието, а неин ръководител следва да бъде представител на ръководството с оглед интегриране с общите цели и програми на предприятието. Комисията може да работи самостоятелно или да работи като привлечен колективен член на комитета по условия на труд, когато се обсъждат въпроси, свързани с изпълнението на програмата.

Важен фактор е стратегическото партньорство между предприятието и съответно медицинско заведение /медицински център/ДКЦ или друго лечебно заведение за извънболнична помощ/. То трябва да може да осигури устойчив екип от необходимия брой квалифицирани специалисти и възможност да извършва дългосрочно наблюдение на здравето на работещите. Този екип работи съвместно със СТМ, обслужваща предприятието, за да се гарантира предаването на важната от медицинска и организационна гледна точка информация и в двете посоки. Препоръчва се създаване на мултидисциплинарен екип с включване на определени етапи и на други здравни специалисти като диетолози, психолози и др.

От значение е медицинският екип и СТМ да се придържат към указанията, давани от национални и европейски научни дружества, които публикуват системно актуализирани материали с ясни и приложими препоръки. В някои специфични случаи задача на екипа ще бъде да създаде съответни промотивни материали с адекватни и разбираеми препоръки.

Периодично и на съответни етап от програмата ръководството се информира за изпълнението и ефективността на предприетите действия.

Службата по трудова медицина (СТМ) участва на всички етапи от изпълнението на програмата – от планирането до приключването и оценката на резултатите от нея.

Като стратегически партньори при реализирането на програмите могат да се включат и синдикалните организации /с възможностите им за мотивиране на работещите за безопасно и здравословно поведение/.

#### **6.4. Създаване и управление на програма**

ССЗ се причиняват от множество фактори. Програмата за контрол на сърдечносъдовия риск може да бъде комплексна или насочена поотделно към няколко или само към един рисков фактор, напр. стреса при работа, наднорменото тегло и т.н., според достъпните ресурси. Опитът показва, че комбинираният подход, с инициативи насочени към повечето или към по-важните рискови фактори, е най-добрият начин за справяне с тях.

Проектирането и управлението на програма за работещи е важна стъпка за

подобряване на здравето и производителността на работещите и оптимизиране на общите разходи за здравни грижи, предоставяни от работодателя.

#### Стъпка 1: Провеждане на оценки

Набиране на информация и анализ на здравното състояние на работещите и оценка на готовността на предприятието да направи подобрения въз основа на тази информация. Това ще позволи на работодателят да проектира реалистични програми и услуги, които са най-полезни както за предприятието, така и за работещите. Извършва се от Комитета по условия на труд или работна група с участието на СТМ чрез:

- провеждане на анкети на работещите за субективната им оценка на организационната среда, рисковете за здравето и безопасността им, за личните интереси, нужди и каква информация работещите са готови да споделят;
- оценка на риска за здравето на работещите - ще помогне да се определи какви програми да се прилагат;
- оценка на здравната култура и културата на работното място – на здравословното и безопасно поведение на работещите;
- преглед на досегашните практики и дейности за превенция на здравето и безопасността;
- организационна оценка за определяне какви програми са приложими, полезни и могат да бъдат поддържани във времето.

#### Стъпка 2: Подкрепа за програмата

Участието на ръководството е от съществено значение за изграждането на успешна програма, в т.ч. за финансирането, за одобряване на политики и процеси, свързани с програмата, за всеобщо разбиране и организационна подкрепа на всички нива в предприятието.

За пълноценна подкрепа от ръководство са необходими убедителни отговори на въпроси като:

- как програмите за укрепване на здравето се свързват с краткосрочните и дългосрочните приоритети на предприятието?
- какви са потенциалните ползи и разходите за програмите?
- каква организационна подкрепа, освен финансиране, се очаква от ръководството?

#### Стъпка 3: Създаване на Комисия

След извършване на оценка на нуждите и получаване на управленска подкрепа, работодателят може да създаде комисия от работещи, с отговорности за:

- оценка на изпълняваните до момента програми;
- оценка на нуждите и предпочитанията на работещите;
- разработване на оперативен план за работа;
- съдействие при изпълнение, наблюдение и оценка на програмата.

Работодателят трябва да поиска като членове на комисията да се включат

представител на ръководството, специалисти по човешки ресурси, информационни технологии, маркетинг и комуникации, здраве и безопасност при работа, работещи, представители на синдикални организации. В работата на комисията следва да участва и обслужващата СТМ.

Предварително трябва да бъдат определени правилата за работа на Комисията, за избор на нови членове и редуване на членовете, за взаимодействия с партньорите, структурите и управителните органи на предприятието.

#### Стъпка 4: Разработване на общите и конкретни цели на програмите

Препоръчва се общите и конкретни цели на програмите да бъдат разработени с участието на стратегическите партньори, доставчици на услуги и другите заинтересовани страни. Те трябва да бъдат ясни, изпълними и измерими.

Общите (дългосрочните) цели могат да бъдат определени като: подобряване на здравето на работещите, повишаване на производителността, намаляване на разходите за здравни грижи и др.

Обобщени измерители за различни аспекти на ефективността на програмите могат да бъдат:

- намаляване на текучеството на годишна база за периода 202.. -202..година – напр. с 15 процента;
- намаляване на броя на болничните листове и продължителността на временната неработоспособност във връзка със сърдечно-съдова и обща заболяемост, напр. намаляване на средногодишния брой дни в болничен отпуск на работещ – напр. от 9 на 7 дни,
- повишаване на производителността на лице от персонала – напр. с 2 процента;
- намаляване на разходите за компенсации, здравни грижи и здравно осигуряване - напр. с 5 процента.

Целите по отделните програми и конкретните рискови фактори трябва да се свържат с индикатори за успешно изпълнение, като:

- намаляване броя на работещите, които пушат (напр. с 5 процента) през календарната 202.. година;
- увеличаване броя на работещите, записани в класове за отказване от тютюнопушене (напр. с 15 процента до края на второто тримесечие на 202...г.);
- намаляване броя на работещите, определени като затлъстели, (напр. с 5 процента) през 202...г.;
- увеличаване на делът на работещите, включени за здравно наблюдение, които се придържат към определената им терапия и прием на лекарствата – напр. с 10 процента.

#### Стъпка 5: Компоненти на програмата

Предприятията имат голяма свобода при разработването на програмите за укрепване на здравето на работещите – от единични до многокомпонентни програми според рисковия потенциал, нуждите и интересите на работещите. Често срещани

програми са:

- Програми за намаляване на стреса;
- Програми за отслабване;
- Програми за отказване от тютюнопушене;
- Програми физическа активност/упражнения;
- Образование по хранене;
- Промоции за ваксиниране.

#### Стъпка 6: Съставяне на бюджет

Създаването на бюджета е критична стъпка при разработването на програмите за укрепване на здравето.

Типичните позиции в бюджета се определят въз основа на съдържанието на програмите с участието на съответните специалисти на предприятието и външни консултанти. От значение е също да се проучи:

- дали и до колко са готови работещите да платят за части от програмите, например процент от стойността на абонаментни карти за фитнес, тенис, плуване и др.;
- има ли разходи, които вече са включени в здравноосигурителните и застрахователни премии;
- възможен достъп до финансиране по национални и европейски програми по здраве и безопасност.

Специално внимание трябва да се отдели за изпълнение на евтини или безплатни вътрешни дейности (като групи за разходка през обедната почивка, занимания и упражнения по време на физиологичните почивки и др.), както и на индивидуални или групови инициативи на работещите, изпълнявани от тях самостоятелно в рамките на работния ден.

#### Стъпка 7: Стимули или награди за участие в програмите

Стимулите или наградите са ефективен инструмент за промяна на нездравословното и за придържане към здравословно поведение, за увеличаване на процента на участие или за подпомагане на хората да завършат програма. Наградите могат да бъдат под различни форми, включително точки, които могат да се обменят за стоки, подаръци по повод постижения, парични и почетни награди. Ефективните стимули трябва да бъдат съизмерими с усилията, необходими за практикуване на желаното поведение. Например стимулите, свързани с отказването от тютюнопушене или отслабването, трябва да бъдат по-големи от стимулите за участие в семинар по хранене и обучение.

#### Стъпка 8: Комуникиране на програмите

Комуникацията е важна за осигуряването на участие и успеха на програмата. Тя е част от процеса на създаване на социална култура и трябва да бъде насочена към привличане на вниманието на всички работещи. Важно е да видимо одобрението и участието на ръководство, програмата и посланието да се поддържат в продължение на

няколко години. Съобщенията следва да се повтарят, но свежо и с нова информация, като се използват множеството възможности за комуникация - електронна поща, флаери и презентации, курсове, сбирки и други поводи.

Текущата комуникация на резултатите е важна за поддържане на ангажираността на работещите към целите на програмите.

#### Стъпка 9: Оценяване на успеха на програмата

Резултатите от изпълнението на програмата се отчитат периодично, например след една, две или три годишен период. Ефективността от нея се свързва и с повишаване на здравната култура и мотивацията за здравословен начин на живот и ангажираност на работещите към целите на предприятието.

Както при всяка инвестиция, оценката на ефективността на програмите за укрепване на здравето е важна за управлението на процеса и за осигуряване на подкрепата на работещите при провеждане на нови програми. При пускането на всяка инициатива се установяват показателите и изходните им стойности, които трябва да бъдат постигнати от изпълнените програми. Текущо резултатите се оценяват от Комисията и се комуникират с ръководството и работещите.

Оценката на ефективността макар и трудна е важна стъпка в управлението на програмата. Когато програмата е успешна, нейното влияние се разпростира извън предприятието и отделните работници, чиито членове на семействата най-често са повлияни от благоприятните промени в начина на живот.

### 6.5. Примери за мерки за включване в програмата за превенция на ССЗ

Таблица 3. Примери за мерки за включване в Програма за контрол на рисковите фактори за ССЗ

ЕЛЕМЕНТ	ОПИСАНИЕ
Обучение за ССЗ	Организиране и популяризиране на групови или индивидуални сесии и / или предоставяне на материали за обучение на работещите относно ССЗ, инсулт и реагиране при спешни случаи. Темите могат да включват: (1) Видове ССЗ и разпространение; (2) рискови фактори и контрол на РФ; (3) информирание за разпознаване на симптомите и подходящи спешни действия; (4) обучение първа долекарска помощ /ПДП/ и ползване на дефибрилатор; (5) връзка със Спешна помощ / в зависимост от спецификата на предприятието- наличие на кабинети, медицинско обслужване и др./.
Спиране и превенция на тютюнопушенето	Предприятието - зона без тютюнопушене; организиране на кампании за увеличаване на процента на непушачите – промоции, стимули и инициативи за мотивиране за отказване от тютюнопушене /специфични или от примери на добри практики/
Скрининг и ранна диагностика на ССЗ	Оценка на здравния риск за работещите при определените в т.3 рискови фактори - план за последващо здравно наблюдение по групи според индивидуалния ССР. Осигуряване на условия и насърчаване на обратната връзка за проследяване на здравния им статус.

	<p>Програмата включва скрининг и други мерки за повишаване на осведомеността, процедура за проследяване и контрол на основните рискови фактори и контрол на заболяванията; профилактични мерки, трудоустрояване /ограничаване на физическото натоварване и др./ и рехабилитация.</p>
<p><b>Контрол на теглото</b></p>	<p>Промоции за здравословно хранене на работното място и у дома; насърчаване на редовна физическа активност.</p>
<p><b>Хранене</b></p>	<p>Предоставяне на обща информация за храненето и информация за здравословно хранене на работещите, вкл. с отчитане на характера на трудовата дейност и режимите на труд - на фирмен сайт, с бюлетини, напомняния по имейл и промотивни материали в столовата, закусвалнята, кафенето и / или в близост до автомати, както и групови и индивидуални сесии за консултиране. Столовата, кафенетата и на автоматите, кетърингът на РМ трябва да предлагат избор на здравословна храна, определена с помощта на диетолог.</p>
<p><b>Физическа активност</b></p>	<p>Упражнения на РМ /напр. за работещите продължително с компютър/, физиологични режими на труд и почивка – осигуряване на условия за провеждане съгласно препоръките на СТМ/.</p> <p>Осигуряване на достъпни съоръжения за упражнения на закрито или на открито - в т.ч. салони, спортна площадка, вътрешни пешеходни пътеки с маркирано разстоянието, осветени, атрактивни стълбища и др.</p> <p>Програми, стимулиращи възприемане на физически активен начин на живот - предоставяне на карти за безплатен или преференциален достъп до фитнес и други клубове за упражнения, мероприятия на открито; излети с участието на семействата на работещите и др.</p>
<p><b>Контрол на стреса</b></p>	<p>Обучение на мениджърите за разпознаване на стреса на работното място и начините на контрол и подкрепа за справяне с него.</p> <p>Програми за идентифициране и намаляване на свързаните с работата източници на психично напрежение от: характера на трудовата задача /вкл. удължено работно време, работата на смени, нощен труд и др./ и физическата среда /шум, миризми и др./, от социални и организационни фактори - организационен климат, групови фактори, стил и методи на ръководство, конфликти, социални контакти/изолация, дисбаланс между усилията и възнаграждението, конфликт между работата и семейството и др.</p>
<p><b>Работна среда</b></p>	<p>Програми за модифициране на физическата и социалната среда, адаптиране на работата към работещия, оформление на офиса, осигуряване на бюра с възможност за регулиране височината на плота и редуване на работната поза правостояща и седяща при работа с компютър, насърчаване на физическата активност.</p>
<p><b>Здраве и безопасност при работа</b></p>	<p>В годишната програма по ЗБУТ /програмата за предотвратяване, ограничаване и намаляване на риска съгласно Наредба №5/1998 г. за оценка на риска/ се включват мерки за справяне с факторите, които модифицират сърдечносъдовия риск на работното място.</p> <p>Ангажираност на работещите към политиките и целите на ръководството по осигуряване на здравето и безопасността на работещите.</p>

## 7. ДОБРА ПРАКТИКА ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА СЪРДЕЧНО-СЪДОВИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ

### Предприятие: Оператор за наземно обслужване

В Компания за наземно обслужване на пътници, товари и багажи с около 1100 работещи се осъществяват дейности по: карго и пощенски услуги, работа с товари, проверки по сигурност, поддръжка, комуникации с , административни дейности и др. Голям брой работещи са заети непосредствено в обработката на товари и багажи.

Значителна част от дейностите се извършват в работна среда, в която действат рискови фактори за здравето и безопасността на различните групи работещи, в т.ч. наднормен шум, вибрации, работа на открито, физическо натоварване, продължителна работа с видеодисплей, психично натоварване и комбинации от тях.

Оценен е и системно се актуализира рискът за здравето и безопасността на работещите, в т.ч. сърдечносъдовият риск във връзка с работата и начина на живот.

През последните 10 години компанията е реализирала голям брой инициативи за опазване и укрепване на здравето на своите работещи и социалното им благополучие, повечето от които са показани по-долу.

### Програми за превенция

Компанията е приела и провежда системно и целенасочено политика за опазване и укрепване на физическото и психическото здраве на работещите.

В рамките на тази политика ежегодно се реализират програми за превенция, в т.ч. годишната програма по здравословни и безопасни условия на труд (ЗБУТ); програма за здравословен начин на живот (Fit4Life); програма за обучение и тренировки; програма за промоции; профилактична програма (профилактични медицински прегледи и здравно наблюдение); програми по отделни инициативи и проблеми.

Управлението на инициативите се основава на анкетиране на работещите за набиране на идеи за включване в програмите, за вземане на мнението им за решения които ги засягат и оценка на удовлетвореността от изпълнението на тези инициативи.

Управителният съвет осигурява ресурсно програмите и балансира и контролира изпълнението им чрез бюджета на компанията.

Част от мерките от тези програми се разработват съвместно със службата по трудова медицина и се включват в годишната програма за обслужване от СТМ, която преди утвърждаване се обсъжда и приема от КУТ.

### **В програмите за превенция се включват дейности от следните области:**

#### **А. Мониторинг на здравното състояние на персонала**

Периодично, съгласно изискванията на нормативните документи, се провеждат профилактични прегледи на целия персонал с цел ранна диагностика на свързани с работата заболявания и социално значими заболявания, които могат да се повлияят от условията на труд. На рисковите групи прегледи се провеждат ежегодно.

Установено е дългогодишно сътрудничеството със СТМ и МЦ, чиято основна дейност е превенция на здравето при работа. Съвместно са определени рисковите

фактори и съответните рискови групи работещи, обхватът и периодичността на медицинските прегледи и изследвания.

В групите за ежегодни прегледи се включват освен работещите, изложени на рискови фактори в работната среда (напр. наднормен шум и/или вибрации, физическо натоварване, работа с видеодисплей за тези на възраст над 40 год.), така и работещи със симптоми или установени заболявания (уязвими групи) - сърдечно-съдови, белодробни, диабет и други, определени въз основа на резултати от периодични прегледи, болнични листове и др.

При прегледите се прави оценка на риска от възникване на остър коронарен инцидент в рамките на следващите 10 години.

#### Обобщени данни за ССР от профилактични прегледи 2019 г.:

Средна възраст на персонала – 44,5 години, от тях 61% мъже.

За 21,9% от работещите рискът съгласно SCORE е определен като нисък (средна възраст 37,1±4 г.). Преобладават работещите с умерен риск – 64,5%, при средна възраст 53,3±9 г. При 11,6% от работещите рискът е определен като висок, като средната възраст е 49,2±6 г., а за 1,9% - много висок при средна възраст 48,3±4 г.

Най-често срещаните рискови фактори за ССЗ са: артериална хипертония – при 50,9% от работещите, тютюнопушене - 30,1%, дислипидемия - 27,1%; захарен диабет - 10,9%.

При 18,1% от работещите се установява комбинация от два, а при 5,8% - от три рискови фактора.

Работещите се консултират за необходимостта от придържане към съответни норми на живот и лечение, като по време на консултацията получават индивидуални препоръки и промотивни материали. По преценка на преглеждащия лекар се насочват за допълнителни прегледи и изследвания, лечение и осигуряване на медикаменти в рамките на здравна застраховка, сключена от работодателя.

Периодичността на здравното наблюдение се определя в зависимост от степента на сърдечносъдовия риск. Работещите от групата с висок риск подлежат на здравно наблюдение с оценка на ССР на 1 година; работещите с умерен риск – на две години; работещите с нисък риск – на 3 години.

Извършва се проследяване на здравното състояние на работещите от групите с умерен, висок и много висок риск за възникване на ССЗ. С цел контрол на различни рискови фактори (като холестерол, подфракции на холестерола, триглицериди) работещите с препоръка за хигиенно-диетичен режим се насочват за изследване след 6 месеца, а работещите с повишена кръвна захар - за изследване на гликиран хемоглобин също на 6 месеца.

На лекаря на компанията се предоставят списък на работещите с констатирани при прегледите заболявания/отклонения; списък на работещите с новооткрити заболявания/обсервация; списъци на работещите със заболявания на ССС, ендокринната система, диабет; списък на работещите за корекция на зрението; списък на дълго и често боледуващите и на работещите, насочени за допълнителни прегледи и изследвания и други.

С участието на СТМ се определят лицата и периодичността за проследяващо здравно наблюдение и оценката на резултатите от допълнителните прегледи и изследвания.

### **Б. Здраве и безопасност при работа**

Мерките за осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд се включват в Програмата по ЗБУТ, част от която е и Програмата за обслужване от СТМ, и включват технически и организационни мероприятия за намаляване, ограничаване и предотвратяване на рисковете за здравето и безопасността на работещите, осигуряващи съответствието на условията на труд с изискванията на нормативните актове, отнасящи се до изпълняваните в компанията дейности.

Въз основа на резултатите от здравното наблюдение и препоръки на СТМ на работещите се възлагат само функции/задачи, които не са противопоказни на здравното им състояние.

В програмите по ЗБУТ се включват мерки за ограничаване въздействието на факторите, които модифицират сърдечно-съдовия риск, както следва:

#### Шум

Реализирана е програма за борба с шума на работното място и работната среда, включваща снемане на шумова картина на територията на компанията, ежегодно измерване на нивото на шума в зоните с наднормен шум над 85 децибела с оглед проследяване динамиката на шумовата картина, анкетиране на работещите на субективна оценка за възприемане на шума с препоръки за характеристиките на различни видове антифони и предложения от тяхна страна за индивидуален избор на антифон.

На лицата, работещи на места с наднормен шум, се провежда ежегоден здравен мониторинг с изследване на слуха с аудиограма и предприемане на допълнителни мерки при необходимост.

#### Вибрации

Направено е изследване за въздействието на вибрациите и са предоставени индивидуални консултации за безопасно поведение на работещите от ремонтния персонал, изложени на тези въздействия. Осигурени са подходящи лични предпазни средства (антивибрационни ръкавици и антифони). Преди назначаване и след това ежегодно работещите се изследват за виброусет и възможно ранно проявление на синдрома „бели пръсти“.

#### Работа на открито

Работещите са анкетираны и е взето тяхното мнение при избора на личните предпазни средства и работното облекло за работа при температури под 0°C и над 30°C.

#### Физическо натоварване

Проведено е задълбочено изследване на работните места и дейностите, при които се извършва ръчна работа с тежести и за които е налице физическо натоварване близко и над установените норми. По предложение на СТМ, при проведените основни реконструкции на линиите за претоварване на багажи, са инсталирани вакуумни повдигачи, с които практически се премахва физическото натоварване при обработка на товари на тези работни места. Периодично се провеждат обучение и инструктажи за

правилата за манипулиране и работната поза при ръчна работа с товари.

#### Работа с видеодисплей

Направен е преглед на всички работни места с видеодисплей за ергономичните условия, компютърното оборудване и обзавеждането на работните места. Направени са препоръки за настройка на работното място с видеодисплей. При профилактичните прегледи са предвидени такива за ранна симптоматика за мускулно-скелетни увреждания. Предоставени са упражнения и са извършени промоции за физическата активност на работното място. На работещите, които се нуждаят от корекция на зрението, се предоставят диоптрични очила.

#### Преодоляване на стреса

Политиката на ръководството е насочена към осигуряване на условия за намаляване влиянието на психичното натоварване чрез подкрепа и допълнителна мотивация на служителите. Предприети са действия за:

- Идентифициране на психо-социалните фактори при работа (чрез анкетиране на работещите със специализиран въпросник, разработен с участието на СТМ.
- Направено е изследване за идентифициране на източниците на психичното натоварване (от изискванията на трудовата задачата, физическата среда, социални и организационни фактори) и психичното напрежение и стреса при работата.
- Оценено е влиянието на психо-социалните фактори при различни групи работещи;
- Изследвана е субективната оценка на работещите за въздействието на психичното напрежение и стреса и наличието на поведенчески промени, когнитивни симптоми, емоционални реакции и свързани със здравето оплаквания.

След анализ на резултатите проучването са изготвени и предоставени промотивни материали и са дадени препоръки за справяне със стреса при работа, вкл. за разпознаване симптомите на стреса от ръководителите и действия по отношение на хората под стрес.

В компанията е въведена система за управление на здравето и безопасността при работа.

#### **В. Превенция на тютюнопушенето**

Организиран се кампании за увеличаване на процента на непушачите – промоции, стимули и инициативи за мотивиране за отказване от тютюнопушене. В програмата Fit4Life е включена инициатива „Животът е прекрасен и без вредни навици“.

#### **Г. Балансирано хранене**

Промотира се здравословното хранене на работното място и у дома с тематични статии във вътрешната мрежа/печатни материали по таблата от типа на:

- храна на месеца/сезона;
- плод/зеленчук на месеца/сезона;

- рецепта/и на месеца/сезона;
- супер храни, които непременно трябва да опитате.

С подходящи промотивни материали работещите с висок BMI се поощряват за редовен контрол на теглото и редовна физическа активност.

Стартира online семинар, посветен на баланса „работа – живот“, който периодично ще информира работещите за полезни навици на работното място и в семейството, съвети за здравословен начин на живот, хранене, почивки и физическа активност и др.

#### **Д. Физическа активност**

Поощряване на работещите в офис за физическа активност (упражнения) на работното място и по време на физиологичните почивки.

В рамките на програмата Fit4Life се организират и финансират мероприятия за физически активно прекарване на свободното време с цел укрепване на здравето на работещите.

На територията на компанията са изградени и функционират две фитнес-зали.

Осигурени са намаления за спортни клубове, фитнес зали, зали за йога, танци, тенис-кортове, плувни басейни и др. активни физически занимания.

Организират се редовно спортни мероприятия за работещите, като се насърчава и включването на членовете на техните семейства:

- каране на колело и ледена пързалка с децата;
- турнир по тенис на маса с награди;
- вътрешен спортен турнир;
- джогинг, излети, велопоходи, преходи и др.;
- походи за работещите и семействата им до исторически забележителности;
- обособява се виртуално пространство, където работещите могат да публикуват спортните и физическите си постижения с цел конкуренция и мотивация. Насърчаване на служителите да си поставят индивидуални цели и демонстрират постиженията си.

#### **Е. Социални дейности**

- Колективно празнуване на празници и успехи на компанията и др.
- Предоставят се допълнителни социални придобивки за работещите - средства за храна, здравни застраховки, финансова помощ при необходимост, намаления за медицински центрове, оптики, магазини и др.
- Провеждат се инициативи за семействата на служителите - отбелязване на празници, срещи с децата и родителите и др.
- В действие е Програма за стимулиране - признание за приноса на всеки служител – награждаване от и по предложение на преките ръководители за принос при утвърждаване на ценностите на компанията, изключително представяне, поведение в изключителни ситуации и т.н. (предметни и финансови награди, грамоти и др.).

## Ж. Обучение

Обучението се включва в различни програми и обхваща: професионално обучение, обучение по здраве и безопасност при работа (ЗБР), обучение за личностно развитие, за здравословен и пълноценен социален живот:

- професионално обучение – провежда се за всички длъжности и позиции в компанията – с периодичност ежегодно, на две или три години, според нормативните основания или необходимостта да се поддържа висока квалификация и пълноценно реализиране на индивидуалните възможности;
- обучение по ЗБР на ръководители, лица провеждащи инструктажи, експерти по БЗР, представители в КУТ и работещи на рискови работни места; запознаване на работещите с оценките на риска, рисковите фактори и начините на предпазване;
- обучения по прилаганите стандарти и добри корпоративни практики;
- вътрешни обучения за развитие на личностни умения и активен начин на живот „Направи нещо добро за себе си“, „Какво аз като ръководител мога/трябва да направя за здравето на моите подчинени“; семинари на тема управление на стреса, техники за релаксация и други.

### 3. Промоции и промотивни материали

Програмите за промоция са с широк спектър и включват препоръки, насочени към намаляване на въздействието на рисковете в работната и социалната среда и за укрепване на здравето и работоспособността.

Промотивните материали се разпространяват до всички звена по вътрешната електронна мрежа в PR-бюлетин с рубрика Fit4Life и специално създаден е-мейл адрес (Health&Safety), статии във вестника на компанията, стикери, печатни материали по информационните табла.

Организиран се групови и индивидуални консултации със специалисти по здравословно хранене, физически активности и др. Обявени са адреси в интернет на калкулатори за изчисляване на BMI, калории на храни, енергиен разход, хидратация, риск от остеопороза, риск от коронарен инцидент и др.

Програмите за промоции се реализират съвместно със СТМ. Те са годишни и включват различни теми за всеки месец, между които редовно посветени на сърдечно-съдовото здраве. Актуални теми на промоции:

- Колко е важен пълноценният сън?
- Полезни съвети в сезона на пролетната умора и сенната хрема.
- Причини и профилактика на високото артериално налягане.
- Повече за захарния диабет.
- Пиете ли достатъчно вода?
- Остеопорозата - “тихият крадец”.
- Стресът на работното място.

- Движението и физическата активност - извори на здраве и жизненост.
- Митове за грипа.
- Хранене през зимата.
- Всеки избира - безопасни празници или злополуки.
- Специална кампания е насочена към предотвратяване на разпространението и действия при прояви на КОВИД-19.

#### **И. Ефекти от изпълнението на програми за укрепване на здравето**

В резултат от изпълнението на програмите и цялостната политика за опазване и за укрепване на здравето ръководството отчита:

- устойчива заетост и сравнително ниско текучество в компанията;
- липса на текучество на съответните работни места вследствие намаляване на непривлекателния физически труд ;
- намаляване на временната неработоспособност;
- висока удовлетвореност на работещите от качеството и ефективността на здравните грижи - изразена чрез анкетиране. Висока посещаемост на прегледите – между 95 и 97 процента от всички работещи.
- повишено доверие към проследяващото здравно наблюдение – увеличаване на дела на работещите, които се придържат към препоръките на лекарския екип (за редовен прием на медикаменти, спазване на режим на хранене, по-висока физическа активност и др.);
- повишена социална активност и интерес за участие в инициативите на програмата за здравословен начин на живот (Fit4Life).

## ПРИЛОЖЕНИЯ

:

## Списък на работещите, изложени на рискови фактори от работната среда, определени за оценка на ССР

Предприятие: .....

Отдел, цех: .....

Име, фамилия	Длъжност	Рискови фактори от работната среда и организацията на работата									Забележка
		Над- нормен шум да/не (часове/ дневно)	Физ. нато- варване да/не (часове/ дневно)	Прегряващ/ преохл. МК в работното помещение да/не (час./дневно)	Работа на открито ниски/ високи температури да/не (час./дневно)	Инфра- червена радиация да/не (часове/ дневно)	Сменен режим да/не	Сменен режим с нощен труд да/не	Удъл- жено раб. време да/не	ПСФ/ стрес на РМ да/не	
Валентин Стоянов	Работник товаро- разтоварни дейности	4 ч./ смяна	8 ч./ смяна	не	6ч./ смяна	не	да	да	не	да	През натоваре- ния сезон (май-септ.)
Иван Петров	Шофьор СOT	6ч./ смяна	не	не	6 ч./ смяна	не	да	да	не	да	През натоваре- ния сезон (май-септ.)

**Забележки:**

Списъкът е изготвен въз основа на оценката на риска на работното място.

Наличието на даден рисков фактор се отбелязва с **да/не**.Експозицията на посочения в таблицата рисков фактор се отбелязва **в часове за работна смяна**.

Изготвили:

## Списък на работещите, изложени на рискови фактори с констатирани ССЗ

Име, фамилия	Длъжност	Констати- рани/ установени ССЗ по БЛ и/или ПП	Рискови фактори от работната среда и организацията на работата									
			Наднормен шум да/не (часове/днев но)	Физ. натовар- ване да/не (часове/ дневно)	Прегряващ/ преохл. МК в раб. помещение да/не (часове/ дневно)	Работа на открито ниски/ високи темп. да/не (часове/ дневно)	Инфра- червена радиа-ция (ИР) да/не (час./ дневно)	Сменен режим да/не	Сменен режим с нощен труд да/не	Удъл- жено раб. време да/не	ПСФ/ст рес на РМ да/не	Забележка
Иван Петров	Шофьор	Състояние след ИМ 2018	4 ч./ смяна	8 ч./ смяна	не	6ч./ смяна	не	да	да	не	да	През натоваре- ния летен (май-септ.)
Кольо Статов	Работещ товаро- разтоварни дейности	Пристъпно предсърдно мъждене – Последна хоспитализа- ция 2019 г.	6ч./ смяна	не	не	6 ч./ смяна	не	да	да	не	да	През натоваре- ния летен (май-септ.)

**Забележки:**

Наличието на даден рисков фактор се отбелязва с **да/не**.

Експозицията на посочения в таблицата рисков фактор се отбелязва в **часове за работна смяна**.

**Съкращения:**

ССЗ – сърдечно-съдови заболявания

ББ – болнични листове

ПП – профилактични прегледи

ИМ – инфаркт на миокарда

## ЧЕК-ЛИСТ

## „Фактори на работната среда“

Цех/отдел .....

Име, фамилия .....

Навършени години .....

Моля, отбележете кои от следните рискови фактори са налични на Вашето работно място и считате че влияят на Вашето здраве..

Рискови фактори на работната среда	Да	Не	Коментар
Физическо натоварване – повтарящи се или силови движения; продължителни физически усилия.			
Работа на открито в условия на ниски температури (под 0°C) и в условия на високи температури (над +30°C)			
Прегряващ/преохлаждащ микроклимат в работното помещение			
Работа в условия на инфрачервена радиация			
Високи нива на шум			
Изискваща много усилия работа, голямо работно натоварване			
Липса на почивки или възможности за промяна на работните пози			
Липса на контрол върху задачите и натоварването			
Липса на подкрепа и социална изолация			

### ТЕСТ ЗА САМООЦЕНКА НА РИСКА ОТ ИНФАРКТ НА МИОКАРДА

Следният тест ще Ви помогне да прецените Вашия риск от възникване на инфаркт на миокарда /ИМ/.

Отбележете с X верните за Вас отговори.

#### ФАМИЛНА ОБРЕМЕНЕНОСТ

Имало ли е до този момент във Вашето семейство при роднини от първа линия (баща, майка, братя и сестри, деца) случай на инфаркт или инсулт?

Преди навършване на 70 г.

- Да  4
- Не  0

Преди навършване на 55 г.

- Да  6
- Не  0

#### ТЮТЮНОПУШЕНЕ

- Не пуша  0
- По-малко от 20 цигари на ден  6
- Повече от 20 цигари на ден  8
- Повече от 20 цигари на ден и прием на противозачатъчни таблетки  10

#### ТЕГЛО

Вашият индекс на телесно тегло /BMI/ ще изчислите по следната формула:

Теглото в кг /напр. Вие тежите 60 кг/ разделено на височината /напр. Вашият ръст е 170 см/ =  $60 : 1,70 = 20,76$  Индексът на телесно тегло в случая ще бъде **20,76**.

Моля изчислете Вашия индекс и нанесете изчислената стойност в таблицата по-долу.

	Жени	Вашият BMI индекс	Мъже	Вашият BMI индекс	
Тегло под нормата	под 19		под 20		<input type="checkbox"/> 0
Нормално тегло	19-24		20-25		<input type="checkbox"/> 0
Наднормено тегло	25-30		26-30		<input type="checkbox"/> 1
Затлъстяване	над 30		над 30		<input type="checkbox"/> 2

#### ХРАНИТЕ ЛИ СЕ ЗДРАВΟΣЛОВНО?

Консумирате ли храни, бедни на мазнини (ако приеманите от Вас храни, съдържат мазнини, то предимно ненаситени ли са като напр. зехтин)?

Консумирате ли ежедневно пресни плодове, салати или зеленчуци, плодове с ядки, пълнозърнести продукти, както и 2 пъти седмично риба?

- Практически винаги  4
- По-често  2
- По-скоро не  0

## НАВИЦИ ЗА ХРАНЕНЕ

Консумирате ли посочените по-долу храни?

Имате ли предпочитания към прием на червени меса, обработени меса като пушени, осолени и др. колбаси, печени наденички, пържени картопки, пълномаслени продукти, сметана, сладкиши, захарни изделия, десерти?

- Практически винаги  4
- По-често  2
- По-скоро не  0

## ДВИГАТЕЛНА АКТИВНОСТ

Движете ли се редовно 20 минути?

- Най-малко 1 до 2 пъти седмично  2
- Най-малко 1 път на месец  0
- По-рядко от 1 път на месец  2

## ХОЛЕСТЕРИН /общ холестерол

Какво знаете за Вашите стойности на мазнините в кръвта?

- Не са ми известни  2
- Силно повишени (по-високи от 7,25 ммол/л)  6
- Малко повишени (5,18 - 7,25 ммол/л)  3
- Нормални (под 5,18 ммол/л)  0

## КРЪВНО НАЛЯГАНЕ

Какво знаете за стойностите на Вашето кръвно налягане?

- Не са ми известни  2
- Горната стойност е под 140  0
- Горната стойност е между 140 и 160  1
- Горната стойност е над 160  6
- Долната стойност е под 90  0
- Долната стойност е между 90 и 95  2
- Долната стойност е над 95  4

## ДИАБЕТ

Имате ли повишени стойности на кръвна захар?

- Не ми е известно  2
- Не  0
- Да, но нямам нужда от медикаменти  6
- Вземам таблетки, поради повишени стойности на кръвна захар  8
- Инжектирам си инсулин  8

## СТРЕС

Работите ли постоянно под времеви натиск или стрес?

- Не  0
- Понякога  0
- Често  2
- Практически постоянно  4

## ОПЛАКВАНИЯ

Имали ли сте понякога оплаквания /като болка, стягане, тежест/ в областта на гръдния кош, появяващи се при физическо натоварване, студ или стрес, евентуално с разпространение към шията или едната ръка?

- Не  0
- При физическо натоварване  10
- При стрес  6
- Понякога при покой или след натоварване  4

## ПРИТИСКАНЕ В ОБЛАСТТА НА ГРЪДНИЯ КОШ

Имали ли сте досега поне веднъж оплаквания от стягане, тежест в гръдния кош, продължили повече от 5 минути?

- Да  10
- Не  0

## ИНФАРКТ НА МИОКАРДА

Били ли сте вече лекувани по повод инфаркт на миокарда или съмнение за ИМ?

- Да  10
- Не  0

**ОБЩ БРОИ ТОЧКИ:** .....

## ОЦЕНЯВАНЕ

За всеки въпрос се прибавя числото от отговора. При отговори с минус пред числото трябва да се извади съответното число. Сумата показва колко висок е рискът от инфаркт при Вас?

### 0-4 точки

Поздравяваме Ви! Вашият риск от заболявания на сърдечно-съдовата система е под среднестатистическия.

### 5-8 точки

Вашият риск е среднестатистически. Опитайте да изключите факторите, които могат да бъдат повлияни.

### 9-16 точки

Вашият риск е повишен. Обсъдете с Вашия лекар стратегия за намаляване на риска и обърнете внимание на начина си на живот.

### 17 точки и повече

Вашият риск е значително повишен. Говорете възможно най-скоро с Вашия лекар как може да бъде намален Вашият повишен риск от инфаркт. За Вас особено важен е здравословният начин на живот.

*Ако не знаете колко високи са стойностите на кръвното Ви налягане, кръвната захар и мазнините в кръвта, трябва да поискате да бъдат определени. Само ако знаете тези*

**стойности, можете да се предпазите от инфаркт.**

*Колкото по-възрастни сте, толкова по-висок е Вашият изходен риск - дори и без рискови фактори. Поради тази причина особено препоръчително при по-възрастни лица е доколкото е възможно да се намалят рисковите фактори.*

*Особено опасна е комбинацията от рискови фактори като тютюнопушене, повишени стойности на мазнините в кръвта и повишено кръвно налягане: по този начин се получава 11 пъти повишен риск от инфаркт и инсулт.*

ВЪПРОСНИК ЗА ПРОФИЛАКТИЧЕН ПРЕГЛЕД

Име, фамилия: .....

Имате ли или имал ли сте?	Не	Да	Ако Да, кога и какъв вид	Бележки на лекаря
Операция	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Престои в болница	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Увреждане на зрението ( <i>за близко; далече</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Често главоболие	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Заболяване на ухото ( <i>напр. шум в ушите, нарушение на слуха</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Световъртеж	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Припадъци, епилепсия, загуба на съзнание	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Травма на главата	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Захарна болест ( <i>диабет</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Заболяване на щитовидната жлеза	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Сърдечно - съдови заболявания ( <i>напр. аритмия, инфаркт</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Артериална хипертония ( <i>повишено артериално налягане</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Съдови заболявания ( <i>мозъчен удар, тромбози, емболии</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Варици ( <i>разширени вени</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Забол. на дихателна с-ма ( <i>напр. затруднено дишане, кашлица с или без експекторация, астма, възп. на белите дробове, хроничен бронхит</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Заболявания на стомаха/червата	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Заболявания на жлъчката и черния дроб/пожълтяване	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Заболяване на бъбреците и пикочния мехур	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Болки в гърба	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Други заболявания на гръбначния стълб ( <i>напр. дискова херния, остеопороза</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Болки в ставите/болки в мускулите	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Ревматични заболявания	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Заболявания на кожата/кожни проблеми	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Алергии ( <i>напр. коклюшова кашлица, астма, екзема</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Тежки психически заболявания	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Други заболявания	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Имате ли рецептурна книжка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Диспансеризирани ли сте по повод заболявания	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Постоянен прием на лекарства	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Трудова злополука/професионални болести	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Степен на увреждане, % загубена работоспособност	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Провеждано санаториално лечение/физиотерапия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....

Имате ли към този момент оплаквания от страна на здравето?  Не  Да

Ако Да, посочете какви .....

Лекарства, които приемате в момента /доза и периодичност на приема: .....

.....

Дата: .....

Подпис: .....

ПРЕПОРЪЧИТЕЛЕН ОБХВАТ ИЗСЛЕДВАНИЯ ПРИ ОЦЕНЯВАНЕ  
НА СЪРДЕЧНО-СЪДОВИЯ РИСК

1. ОБХВАТ НА ИЗСЛЕДВАНИЯТА

**Хематология**

ПКК:

- Левкоцити
- Еритроцити
- Хемоглобин
- Хематокрит
- Ср.обем на еритроцитите/ MCV
- Ср.Hgb.конц. в ер./ MCH
- Ср.Hgb.съдърж. в еритр./ MCHC
- Тромбоцити

**Биохимия**

Глюкоза

Креатинин

Триглицериди

Холестерол профил – включва:

- Холестерол - общ
- Холестерол - HDL
- Холестерол – LDL
- Холестерол – VLDL

При необходимост и по преценка:

- пикочна киселина;
- Общ и директен билирубин
- ASAT
- ALAT
- Калий
- Натрий
- хлориди

**Урина**

Урина - Общо химическо изследване и седимент – включва:

- рН
- Глюкоза
- Специфично тегло
- Уробилиниген
- Билирубин
- Кетони
- Белтък
- Нитрити
- Кръв

Седимент

**Пробовземане**

Затворена система и пробовземане на място.

## 2. УКАЗАНИЯ ЗА РАБОТЕЩИЯ

С оглед на коректност на резултатите от изследванията на кръв и урина трябва да се спазват следните правила:

### **А/ За пълна кръвна картина, кръвна захар и липиден профил:**

Пробовземане сутрин, рано (до 10:30ч.), на гладно; 12 часа след последно хранене; хранене;

### **Б/ За урина**

Пробовземане - първата сутрешна урина; след локален тоалет се отделя средна порция в предварително предоставения контейнер или чист съд.

Карта  
за профилактичен преглед

м. 09. 2020 г.

На .....

навършени години: .....

РИСКОВИ ФАКТОРИ	
Тютюнопушене	
Алкохол	
Алергии	

Импланти			
Активни		Пасивни	

РЕЗУЛТАТИ (За диагнозите се нанася и кодът по МКБ-10)

Лекар ..... – специалист ВЪТРЕШНИ БОЛЕСТИ/ОБЩА МЕДИЦИНА/КАРДИОЛОГ	
A. Субективни оплаквания.....	.....
B. Статус	
<u>Бял дроб</u> .....	.....
<u>ССС</u> .....	.....
<u>Корем</u> .....	.....
<u>Черен дроб</u> .....	.....
<u>Отделителна с-ма</u> .....	.....
<u>Разширени вени</u> .....	.....
<u>Други</u> .....	.....
V. Изследвания	
<u>ЕКГ (отбелязват се отклоненията)</u> .....	.....
D. Новооткрити заболявания .....	.....
E. Придружаващи заболявания/усложнения .....	.....
Ж. Насочен към .....	.....
3. Препоръки.....	.....
4. За контролен преглед след: .....	.....
Оценка на СС риск по SCORE – ..... %; нисък, умерен, висок, много висок	
Промотивни материали:.....	
	Подпис и личен печат:.....

**КАРТА ЗА ОЦЕНКА НА СЪРДЕЧНО-СЪДОВИЯ РИСК**

Уважаеми г-н/ г-жо .....,

Тази оценка е направена по методика SCORE на Европейското дружество по кардиология, отчитаща основните рискови фактори за възникване на остър коронарен инцидент в 10-годишен период.

**1. Резултати от изследванията и прегледите**

Съгласно *отчетените стойности на:*

- систолно артериално налягане .....
- общ холестерол в кръвта .....
- LDL .....
- кръвна захар (*наличие на диабет или не*) .....
- триглицериди .....

и показателите: пол, възраст и тютюнопушене;  
съобщените от Вас данни за минали заболявания  
и резултатите от прегледите.

Вие попадате в групата с **ниво на риска** от възникване на сърдечно-съдов инцидент в 10-годишен период отбелязано върху скалата:

Нисък ( < 1 % )	Умерен ( ≥ 1 % – < 5 % )	Висок ( ≥ 5 – < 10 % )	Мн. висок ( ≥ 10 % )
--------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------------------

**2. Препоръки:**

- Промяна в начина на живот (начин на хранене, двигателен режим, отказ от тютюнопушене и др.).....;
- Контрол на артериално налягане.....;
- Медикаментозно лечение .....

**3. Период за последващо здравно наблюдение:** .....

**4. Промотивни материали:**











.....  
.....

Подробности за методиката за оценка на ССР и насоките за превенция и контрол на рисковите фактори можете да намерите на:

[https://bgcardio.org/storage/app/media/uploaded-files/2016\\_CVP\\_in\\_Clinical\\_Practice.pdf](https://bgcardio.org/storage/app/media/uploaded-files/2016_CVP_in_Clinical_Practice.pdf)

м. ноември, 2020 г.

## ХРАНИТЕЛЕН РЕЖИМ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ВИСОКИ СТОЙНОСТИ НА LDL-ХОЛЕСТЕРОЛ В КРЪВТА

	<b>ДА</b>	<b>НЕ</b>
<b>хлеб</b> 	<p>пълнозърнест, ръжан или ръжено-пшеничен със зърна</p>	<p>хлеб от фино бяло брашно</p>
<b>МЛЯКО И МЛЕЧНИ ПРОДУКТИ</b> 	<p>прясно и кисело краве мляко с ниска масленост (под 2%), краве сирене, кашкавал, обезмаслена извара</p>	<p>пълномаслено прясно и кисело краве, овче и биволско мляко, овче сирене и кашкавал, чуждестранни сирена – бри, камамбер, рокфор</p>
<b>ЗЕЛЕНЧУЦИ</b> 	<p>чушки, домати, моркови, камби, лук, чесън, копър, магданоз, баян, салати</p>	<p>патладжан, авокадо, картофи, особено пържени и бриз</p>
<b>ПЛОДОВЕ</b> 	<p>ябълки, дюли, мушмули, грейпфрути, цитрусови плодове, боровинки, жодни, шипки</p>	<p>всички сладки плодове със висок гликемичен индекс – зрели череши, сладки сливи и круши, фурми, смолянки</p>
<b>МЕСО</b> 	<p>нетлъсто пилешко и агнешко, пуешко, заешко месо, риба (поне 1-2 пъти седмично)</p>	<p>свинско, говеждо, тлъсто телешко, овнешко, ягнешко с кожа, животински вътрешности, съдържид, бабек, салам, мозък</p>
<b>МАЗНИНИ И ОЛИО</b> 	<p>слънчогледово олио, зехтин, царевично масло, олио от семки на грозде</p>	<p>краве масло, лой, сви ниска мас, сметана</p>
<b>ЗАХАРНИ ИЗДЕЛИЯ</b> 	<p>Черен шоколад (не повече от 2 блокчета дневно), десерти с обезмаслена мляка и подсладител</p>	<p>всички видове бонбони, вафли и бие квити от бяло брашно</p>
<b>НАПИТКИ</b> 	<p>минерална вода, прясно изцедени сокове, билков или плодов чай, кафе, червено вино (не повече от 1-2 чаши дневно)</p>	<p>алкохолни напитки, швейкове и напитки със сметана</p>
<b>СУПИ</b> 	<p>зеленчукови супи от моркови, картофи, броколи, карфиол, без допълнителна мазнина, пилешка супа, рибена супа</p>	<p>супи със свинско или друго тлъсто месо, шкембе чорба, пача, варена телешка глава</p>
<b>ЗЪРНЕНИ ХРАНИ И ПОДПРАВКИ</b> 	<p>жито, булгур, зрял боб, зелен фасул, пеща, грах, чубрица, пресни орехи</p>	<p>ориз, ашура, сутляш</p>

**2**  
ден

10:00ч. варено яйце 1 бр  
 12:00ч. чушки пълнеж с месо 300 г, домати 150 г, плод 200 г; пълнозърнест хляб 1 филия.  
 16:00ч. домати 150 г.  
 19:00ч. зелен фасул, плакани 300 г, кисело мляко без захар 250 г, пълнозърнест хляб 1 филия.  
 Енергиен внес: 1409 ккал. Химичен състав: Б – 74 г, М – 51 г, В – 154 г.

**3**  
ден

07:00ч. чушки със сирене 100 г, пълнозърнест хляб 1 филия.  
 10:00ч. плод 250 г.  
 12:00ч. телешки ежмел на скара 150 г, мешана салата 150 г, папачици с ябълки 150 г.  
 16:00ч. нектар без захар 250 мл.  
 19:00ч. обезсолено сирене 50 г, домати 150 г, кисело мляко 250 г, пълнозърнест хляб 1 филия.  
 Енергиен внес: 1427 ккал. Химичен състав: Б – 74 г, М – 60 г, В – 128 г.

**4**  
ден

07:00ч. чай със захар, кашкавал 50 г, думляк 100 г, пълнозърнест хляб 1 филия.  
 10:00ч. варено яйце 1 бр.  
 12:00ч. постна мутка 250 г, мешана салата 150 г, кисело мляко 250 г, пълнозърнест хляб 1 филия.  
 16:00ч. плод 250 г.  
 19:00ч. тавички на фурна 250 г, кисело мляко без захар 250 г.  
 Енергиен внес: 1541 ккал. Химичен състав: Б – 91 г, М – 59 г, В – 151 г.

**5**  
ден

07:00ч. грисено мляко без захар 250 мл, варено яйце 1 бр, пълнозърнест хляб 1 филия.  
 10:00ч. плод 250 г.  
 12:00ч. рибн от месо 180 г, мешана салата 150 г, компот без захар 250 г, пълнозърнест хляб 1 филия.  
 16:00ч. сок от ябълки 200 г.  
 19:00ч. риба на скара 150 г, салата от домати 150 г, плод 150 г, пълнозърнест хляб 1 филия.  
 Енергиен внес: 1467 ккал. Химичен състав: Б – 91 г, М – 44 г, В – 167 г.

**6**  
ден

07:00ч. чай без захар, телешки салам 50 г, обезсолено сирене 50 г, пълнозърнест хляб 1 филия.  
 10:00ч. плод 250 г.  
 12:00ч. печено месо 150 г, салата 150 г, компот без захар 250 г.  
 16:00ч. пълнозърнесто сирене 100 г.  
 19:00ч. крекенички 150 г, салата 150 г, кисело мляко без захар 250 г.  
 Енергиен внес: 1508 ккал. Химичен състав: Б – 95 г, М – 31 г, В – 89 г.

**7**  
ден

07:00ч. обезсолено сирене 50 г, мешана салата 150 г, пълнозърнест хляб 1 филия.  
 10:00ч. кисело мляко без захар 250 г.  
 12:00ч. кюфтета на скара 150 г, домати 150 г, крем от мляка 180 г, пълнозърнест хляб 1 филия.  
 16:00ч. плод 250 г.  
 19:00ч. печени чушки 150 г, сирене 50 г, кисело мляко 250 г, пълнозърнест хляб 1 филия.  
 Енергиен внес: 1492 ккал. Химичен състав: Б – 95 г, М – 59 г, В – 135 г.

## ХРАНИТЕЛНИЯТ РЕЖИМ НЕ ЗАМЕНЯ НАЗНАЧЕНАТА ОТ ЛЕКУВАЩИЯ ЛЕКАР МЕДИКАМЕНТОЗНА ТЕРАПИЯ

**ВИСОКИЯТ LDL-ХОЛЕСТЕРОЛ ПОВИШАВА РИСКА ОТ ИНФАРКТ И ИНСУЛТ!**

### ПРОСЛЕДЯВАЙТЕ РЕДОВНО НИВАТА НА ВАШИЯ LDL-ХОЛЕСТЕРОЛ

Нивото на LDL-холестерол в кръвта при пациенти с много висок сърдечно-съдов риск (установено сърдечно-съдово заболяване, диабет тип 1 или 2) трябва да бъде < 1,8 mmol/l или да се намали с 50%, когато тази стойност не може да бъде постигната.

При пациенти с висок сърдечно-съдов риск (със завишени единични рискови фактори: повишено кръвно налягане, тютюнопушене, наднормено тегло, намалена физическа активност, диабет, стрес) нивото трябва да бъде < 2,5 mmol/l.

**Попитайте вашия лекуващ лекар!**

Следващ преглед:

Дата: .....

Час: .....

## ПРИМЕРНА ДИЕТА ПРИ ДИАБЕТ

	ПОНЕДЕЛНИК	ВТОРНИК	СРЯДА	ЧЕТВЪРТЪК	ПЕТЪК
<b>ЗАКУСКА</b>	Чай/кафе без захар Сандвичи с пастет от авокадо (препечен) пълнозърнест хляб с пасирано авокадо сирене и босилек или кьопоолу и сирене)	Чай/кафе/айрян/ без захар Сандвичи с филе (пълнозърнест хляб, песто от босилек, пуешко филе) Пресни домати	Кафе без захар Пряно мляко Зърнена закуска (елда, покълнало слънчогледово семе, ч.л. мед и щипка канела)	Чай/кафе без захар. Зеленчуково смути/сок Сандвичи с риба тон (пълнозърнест хляб, риба тон, лимон, копър и каперси) Пресни краставици	Чай/кафе без захар Мюсли (кисело мляко с ечемичени ядки, сусамено семе и бадеми) Пресни сезонни плодове
<b>ОБЯД</b>	Супа (сурово пасирани домати, лук, зехтин, краставици, пиперки, босилек, хляб, вода) Пилешка пържола със задушен грах и копър	Таратор (кисело мляко, краставица, копър, чесън и мляно ленено семе) Постни лозови сарми (лозови листа, дългозърнест ориз, лук, моркови, целина, копър и джоджен)	Салата от печени чушки Градинарски гювеч със свинско (месо, лук, целина, моркови, домати, тиквички, зеле, гъби, патладжан, чесън, олио) Пълнозърнест хляб	Пилешка супа Зеленчуков огратен (картофи, броколи, зелен фасул, тиквички, грах, извара, брашно, яйце, кашкавал, копър)	Салата от рукола с чери доматчета Пилешко ризото със зеленчуци (пилешко бяло месо, чушки, дългозърнест ориз, моркови, лук, гъби, грах, царевича, зехтин и бяло вино)
<b>СЛЕДОБЕД НА ЗАКУСКА</b>	Пресен плод (череша, ягоди, малини, кайсии, сини сливи)	Черен шоколад с ядки (30г)	Кисело мляко със сусамено и мляно ленено семе и пресни плодове	Пресен плод (диня, пъпеш, праскова, круша)	Сладолед (с големина на Ескимо – 100 гр)
<b>ВЕЧЕРЯ</b>	Зелена салата Рибно-зеленчукови шишчета на скара Пълнозърнен хляб	Салата зеле и моркови Задушен заек (заек, бяло вино, дафинов лист, лук, моркови, чер пипер, целина, гъби) Пълнозърнест хляб	Салата табуле (накиснат булгур/елда/киноа с магданоз, мента домати, зехтин) Печени тиквички с млечен сос или Печени пиперки с доматиен сос	Агнешки/свински котлети на скара (може и телешки стек) Зеленчуци или зеленчукови шишчета на скара Пълнозърнест хляб	Салата от цикория, Къдрава цветна маруля Повече (зеленчуци, сирене, извара, яйце, шунка, мащерка) Пълнозърнест хляб

# 12 ПРЕПОРЪКИ ЗА ЗДРАВΟΣЛОВНО ХРАНЕНЕ

1. Консумирайте пълноценна и разнообразна храна. Хранете се редовно – 3-5 пъти дневно в приятна атмосфера, отделяйте достатъчно време за хранене. Вечеряйте 2-3 часа преди лягане.
2. Консумирайте зърнени храни като важен източник на енергия. Предпочитайте пълнозърнест хляб и други пълнозърнести продукти. Препоръчителни са варени или печени картофи, кафяв ориз, макаронени изделия, приготвени от пълнозърнесто брашно.
3. Ежедневно консумирайте над 400 грама разнообразни зеленчуци и плодове, за предпочитане сурови. Избирайте зеленчуци от различни видове – жълто-оранжеви, зелени листни, зелени бобови. Консумирайте разнообразни плодове.
4. Предпочитайте мляко и млечни продукти с ниско съдържание на мазнини и сол. Консумирайте ежедневно по една чаша кисело мляко или прясно мляко (200гр) и 50 гр. сирене. Обезсолявайте солените саламурени сирена.
5. Избирайте постни месар заместяйте често месото и месните продукти с риба, птиче месо или бобови храни. Консумирайте птиче месо без кожа (пилешко, пуешко) и постни червени меса до 3 пъти седмично (100 гр. порция). Консумирайте риба поне един два пъти седмично. Консумирайте боб, леща или соя 1-2 пъти седмично. Приемайте 30-50 грама ядки дневно.
6. Ограничавайте общо приема на мазнини, особено на животинските. При готвене заместяйте животинските мазнини с растителни масла.
7. Ограничавайте приема на захар, захарни и сладкарски продукти избягвайте консумацията на газирани напитки, съдържащи захар.
8. Намалете употребата на сол и консумацията на солени храни. Приема на сол не трябва да превишава 6 гр. дневно.
9. Ако консумирате алкохолни напитки, приемайте ги в ограничени количества.
10. Поддържайте здравословно тегло и бъдете физически активни всеки ден.
11. Приемайте ежедневно достатъчно вода.
12. Пригответе и съхранявайте храната по начин, осигуряващ нейното качество и безопасност.

WHO regional office for Europe. CINDI Dietary Guide

НЦОЗ. Национални препоръки за здравословно хранене на населението в България

Тютюнопушене	Без излагане на тютюнев дим под каквато и да е форма
Диета	Здравословна диета – с ниско съдържание на животински мазнини и консумация на пълнозърнести храни, зеленчуци, плодове и риба
Физическа активност	2,5 до 5 часа умерена физическа активност седмично или 30 до 60 мин. дневно през повечето дни
Телесно тегло	БМИ 20-25. Обиколка на талията <94 см при мъжете, <80 см при жените
Артериално налягане	АН < 140/90 mmHg
Липиди	При много висок риск: LDL <1,8 mmol/l или намаляване с 50% на изходните нива Висок риск: LDL <2,5 mmol/l Нисък към среден риск: LDL <3 mmol/l HDL холестерол: няма строга препоръка, но стойности >1,0 mmol/l за мъже и >1,2 mmol/l за жени означават по-нисък риск Триглицериди: няма строга препоръка, но стойности <1,7 mmol/l означават по-нисък риск, докато по-високи стойности насочват към други рискови фактори
Диабет	Гликиран хемоглобин <7%, АН <140/80

Здравословната диета има следния вид<sup>12</sup>:

1. Животинските мазнини да са <10% от общия дневен енергиен прием, замествайте ги с такива от растителен произход (т.е. олио/зехтин вместо масло и т.н.).
2. Избягвайте обработените мазнини в готовите за консумация продукти и полуфабрикати, <1% от общия прием на продукти от естествен произход.
3. Консумирайте по-малко от 5 гр сол на ден.



4. Яжте повече фибри от пълнозърнести продукти, плодове и зеленчуци.
5. Поне 200 гр плодове на ден (2-3 порции).
6. Не по-малко от 200 гр зеленчуци на ден (2-3 порции).
7. Рибата трябва да присъства два пъти седмично в менюто, поне един път вземете по-тъста риба.
8. Алкохолни напитки: виж таблицата по-долу.

МЪЖЕ	ЖЕНИ
1 малка чаша концентрат	1/2 малка чаша концентрат
1 чаша вино	1/2 чаша вино
1 бира	1/2 бира

12. European SCORE Memorandum, European Guidelines on CVD prevention in Clinical Practice (Version 2012)  
Издание с любезното съдействие на ГлаксоСмитКлайн

Изх.№ С-020/...../29.03.2019 г.

## УВЕДОМЛЕНИЕ

(съгл. чл.11 ал.2 на Наредба №3/2008 г.)

Уважаеми колега,

Уведомяваме Ви, че

на г-н/жа .....,

работещ/а в предприятие/фирма „.....“ АД

на длъжност.....,

са установени следните заболявания/отклонения във физиологичните показатели:

- Холестерол – 7,5 ммол/л, LDL – 4,9 ммол/л,

- Артериална хипертония – II степен, АН 170/100,

Сърдечно-съдов риск съгласно SCORE – висок.

Заболяванията/отклоненията във физиологичните показатели са установени при следните обстоятелства: при проведените профилактични прегледи във връзка с условията на труд – м. април, 2019 г.

Лицето е насочено за: допълнителни изследвания/ консултации:

**Дадени препоръки за ХДР и терапия.**

**Контролни изследвания след три месеца – мастен профил и чернодробни проби.**

С уважение,

април, 2019 г.

Лекар СТМ .....

/д-р И. Иванова /

Управител: .....

/...../

Уважаеми г-н/г-жа .....,

Въз основа на изпратената от Вас таблица за артериално налягане и резултатите от лабораторни изследвания, както и на медицинската документация от проведените профилактични прегледи, бе направена консултация от медицински специалисти на МЦ „ЦПЗ“.

**Заключение:**

Повишени стойности на кръвна захар.

**Препоръки:**

- Спазване на препоръчания хранително-диетичен режим;
- Двигателна активност;
- Изследване на ОГТТ и гликиран хемоглобин;
- Консултация с ендокринолог - *(при необходимост)*.

**Приложения:**

- Талон за изследвания на .....
- Талон към личния лекар за консултация с .....*(ендокринолог, кардиолог, други специалисти) – при необходимост;*
- Промотивни материали: *Диета при високи стойности на LDL-холестерол.*

За контакти с нас можете да се обръщате на:

Електронен адрес: [.....@.....bg](mailto:.....@.....bg).

Телефони: 0876 ....., 0886 .....

При необходимост ще бъде организиран и преглед на място в МЦ „ЦПЗ“.

**Заедно за здраве!**

.....2020 г.

С уважение,  
Екипът на МЦ ЦПЗ



Карта  
за профилактичен преглед от кардиолог с ехокардиография

м. 09. 2020 г.

на ..... навършени години: .....

РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРЕГЛЕДА (За диагнозите се нанася и кодът по МКБ-10)

Лекар ..... – специалист КАРДИОЛОГ
А. Субективни оплаквания..... ..... .....
Б. Статус <u>ССС</u> ..... ..... .....
В. Изследвания <u>ЕКГ</u> (отбелязват се отклоненията)..... ..... .....

**ЕХОКАРДИОГРАФИЯ**

<b>А. Констатации</b> ..... ..... ..... .....
---

<b>А. Диагноза</b> ..... .....
<b>Б. Препоръки</b> ..... ..... .....
<i>Подпис и личен печат:</i> .....

**ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ**

ССЗ	-	Сърдечно-съдови заболявания
ССР	-	Сърдечно-съдов риск
BMI	-	Индекс на телесна маса (Body Mass Index)
МКБ	-	Международна класификация на болестите
SCORE	-	Systematic Coronary Risk Estimation
СЗО	-	Световна здравна организация
АНА	-	Американска сърдечна асоциация
ЕСС	-	Комитет по условия на труд

## ИЗТОЧНИЦИ

1. Townsend N, Wilson L, Bhatnagar P et al. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016. *Eur Heart J* 37:3232–3245
2. Европейски препоръки 2016 за превенция на сърдечно-съдовите заболявания в клиничната практика  
[https://bgcardio.org/storage/app/media/uploaded-files/2016\\_CVP\\_in\\_Clinical\\_Practice.pdf](https://bgcardio.org/storage/app/media/uploaded-files/2016_CVP_in_Clinical_Practice.pdf)
3. Burton WN, Chen CY, Conti DJ et al. The association of health risks with on-the-job productivity. *J Occup Environ Med.* 2005;47(8):769-777.
4. Burton WN, Chen CY, Conti DJ et al. The association between health risk change and presenteeism change. *J Occup Environ Med.* 2006;48(3):252-263
5. WHO (2016) The challenge of cardiovascular disease—quick statistics, 2016. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cardiovascular-diseases/data-and>
6. Wong ND, Lopez VA, L'Italien G et al. Inadequate control of hypertension in US adults with cardiovascular disease comorbidities in 2003-2004. *Arch Intern Med.* 2007;167(22):2431-2436
7. Fishta A, Backe' EM (2015) Psychosocial stress at work and cardiovascular diseases: an overview of systematic reviews. *Int Arch Occup Environ Health* 88(8):997–1014
8. Vyas MV, Garg AX, Iansavichus AV et al. (2012) Shift work and vascular events: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 345:e4800
9. Liu K, Daviglius ML, Loria CM et al. (2012) Healthy lifestyle through young adulthood and the presence of low cardiovascular disease risk profile in middle age: the Coronary Artery Risk Development in (Young) Adults (CARDIA) study. *Circulation* 125(8):996–1004
10. Lloyd-Jones DM, Dyer AR, Wang R et al. (2007) Risk factor burden in middle age and lifetime risks for cardiovascular and non-cardiovascular death (Chicago Heart Association Detection Project in Industry). *Am J Cardiol* 99(4):535–540
11. Lollgen H, Bockenhoff A, Knapp G. Physical activity and all-cause mortality: an updated meta-analysis with different intensity categories. *Int J Sports Med* 2009;30:213–224.
12. Sattelmair J, Pertman J, Ding EL et al. Dose response between physical activity risk of coronary heart disease: a meta-analysis. *Circulation* 2011;124:789–795.
13. Moore SC, Patel AV, Matthews CE et al. Leisure time physical activity of moderate to vigorous intensity and mortality: a large pooled cohort analysis. *PLoS Med* 2012;9:e1001335
14. Physical Activity Guidelines Advisory Committee. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, 2008. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 2008
15. Zomer E, Gurusamy K, Leach R et al. Interventions that cause weight loss and the impact on cardiovascular risk factors: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev* 2016;17:10011011
16. Kivimaki M, Nyberg S, Batty GD et al. Long working hours as a risk factor for atrial fibrillation: a multi-cohort study *European Heart Journal* (2017) 38, 2621–2628
17. Basner M, Samel A, Isermann U. Aircraft noise effects on sleep: application of the results of a large polysomnographic field study. *J Acoust Soc Am* 2006;119:2772–2784
18. Pettersson H., Olsson D., Järholm B. et al. Occupational exposure to noise and cold environment and the risk of death due to myocardial infarction and stroke <https://doi.org/10.1007/s00420-019-01513-5>
19. Spiesshoefer J, Linz D, Skobel E, et al., on behalf of the German Cardiac Society Working Group on Sleep Disordered Breathing Sleep - the yet underappreciated player in cardiovascular diseases: a clinical review from the German Cardiac Society Working Group on Sleep Disordered Breathing. *Eur J Prevent Cardiol* 2019; 0(00) 1–15
20. Muller JE, Stone PH, Turi ZG, et al. Circadian variation in the frequency of onset of acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 1985;313:1315–22
21. Препоръки на Европейското дружество по кардиология (ESC) за лечение на диабет, предиабет и сърдечно-съдови заболявания, разработени в колаборация с EASD
22. Daviglius ML, Liu K, Pirzada A et al. Favorable cardiovascular risk profile in middle age and health-related quality of life in older age. *Arch Intern Med.* 2003; 163:2460–2468
23. Stamler J, Stamler R, Neaton JD et al. Low risk-factor profile and long-term cardiovascular and noncardiovascular mortality and life expectancy: findings for 5 large cohorts of young adult and middle-aged men and women. *JAMA.* 1999; 282:2012–2018
24. Webster R, Heeley E. Perceptions of risk: understanding cardiovascular disease. *Risk Manag Healthc Policy* 2010;3:49–60
25. Francois M., Baigent C., Catapano A. et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk The Task Force for the management of

dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS) European Heart Journal (2020) 41, 111188

26. Woringer M., Jones Nielsen J., Zibarras L. et al. Development of a questionnaire to evaluate patients' awareness of cardiovascular disease risk in England's National Health Service Health Check preventive cardiovascular programme BMJ Open 2017;7:e014413

27. Sheridan SL, Viera AJ, Krantz MJ, et al. The effect of giving global coronary risk information to adults: a systematic review. Arch Intern Med 2010;170:230–9.

28. Bergman HE, Reeve BB, Moser RP, et al. Development of a Comprehensive Heart Disease Knowledge Questionnaire. Am J Health Educ 2011;42:74–87

29. (Halpern MT, Shikar R, Rentz AM et al. Impact of smoking status on workplace absenteeism and productivity. Tob Control. 2001;10: 233–238).

30. (17. American Cancer Society. Strategies for promoting and implementing a smoke-free workplace. [http://www.cancer.org/downloads/gahc/hp\\_strategies\\_for\\_promoting\\_and\\_implementing\\_smokefree\\_workplace.pdf](http://www.cancer.org/downloads/gahc/hp_strategies_for_promoting_and_implementing_smokefree_workplace.pdf).)

31. (Kivimäki M, Nyberg ST, Batty GD, et al. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. Lancet. 2012;380:1491–7).

32. (Kivimäki M, Virtanen M, Elovainio M et al. Work stress in the etiology of coronary heart disease—a meta-analysis. Scand J Work Environ Health. 2006;32:431–442. Macleod J, Smith GD. Re: “does job strain increase the risk for coronary heart disease or death in men and women? The Framingham offspring study”. Am J Epidemiol. 2004;160:1031–1032 Alfredsson L, Spetz CL, Theorell T et al. Type of occupation and near-future hospitalization for myocardial infarction and some other diagnoses. Int J Epidemiol. 1985;14:378–388)

33. (Olsen O, Kristensen TS. Impact of work environment on cardiovascular diseases in Denmark. J Epidemiol Community Health 1991;45:4–10).

34. (Kivimäki M., Jokela M., Nyberg S et al. Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: a systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603 838 individuals Lancet 2015; 386: 1739–46)

35. (Kornitzer M, deSmet P, Sans S, et al. Job stress and major coronary events: results from the Job Stress, Absenteeism and Coronary Heart Disease in Europe study. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2006;13:695–704).

36. (Lee CD, Folsom AR, Blair SN. Physical activity and stroke risk: a meta-analysis. Stroke 2003; 34: 2475–81./ Wendel-Vos GC, Schuit AJ, Feskens EJ, et al. Physical activity and stroke. A meta-analysis of observational data. Int J Epidemiol 2004;33: 787–98/ Mazzaglia G, Britton AR, Altmann DR et al. Exploring the relationship between alcohol consumption and non-fatal or fatal stroke: a systematic review. Addiction 2001; 96: 1743–56./ Meschia JF, Bushnell C, Boden-Albala B, et al, and the American Heart Association Stroke Council, and the Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, and the Council on Clinical Cardiology, and the Council on Functional Genomics and Translational Biology, and the Council on Hypertension. Guidelines for the primary prevention of stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2014; 45: 3754–832.)

37. (Virtanen M, Jokela M, Nyberg ST, et al. Long working hours and alcohol use: systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data. BMJ 2015; 350: g7772)

38. Le, T. N., Straatman, V., Lea, J. et al. (2017). “Current insights in noise-induced hearing loss: A literature review of the underlying mechanism, pathophysiology, asymmetry, and management options,” J. Otolaryngol. Head Neck Surg. 46(1), 41)

39. (Kerns, E., Masterson, E. A., Themann, C. L. et al. (2018). “Cardiovascular conditions, hearing difficulty, and occupational noise exposure within U.S. industries and occupations,” Am. J. Ind. Med. 61, 477–491)

40. (Vyas MV, Garg AX, Iansavichus AV, et al. Shift work and vascular events: systematic review and meta-analysis. BMJ 2012; 345:e4800; McNeely E, Gale S, Tager I, et al. The self-reported health of U.S. flight attendants compared to the general population. Environ Health 2014;13:13)

41. (Parsons MJ, Moffitt TE, Gregory AM, et al. Social jetlag, obesity and metabolic disorder: investigation in a cohort study. Int J Obes (Lond) 2015;39:842–8)

42. / Scheer FA, Hilton MF, Mantzoros CS et al. Adverse metabolic and cardiovascular consequences of circadian misalignment. Proc Natl Acad Sci USA 2009;106:4453–4458./

43. (Williams B., Mancia G., Spiering W. et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH) European Heart Journal (2018)39, 3021–3104)

44. Siidtiroler Herzstiftung Verein Onius, [www.herzstiftung.org](http://www.herzstiftung.org).