

[КОНЪЮНКТУРА И ИССЛЕДОВАНИЯ]

В РАЗДЕЛЕ

■ ЗАТРАТЫ НА ОДНОГО БОЛЬНОГО, ПЕРЕНЕСШЕГО ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЮ, НАИБОЛЕЕ ПРИВЛЕКАТЕЛЬНЫ ПРИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ СПОСОБАХ ОПЕРАЦИИ ■ СРЕДИ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДГПЖ ПРЕОБЛАДАЮТ СРЕДСТВА ЗАРУБЕЖНОГО ПРОИЗВОДСТВА — 80,3% ■ НЕКОРРЕКТНОСТЬ РЕГЛАМЕНТИРОВАННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРЕПАРАТОВ КРОВИ ВЕДЕТ К НАПРАСНЫМ ТРУДОЗАТРАТАМ И МАТЕРИАЛЬНЫМ ИЗДЕРЖКАМ

Б.С.БРИСКИН, проф., О.В.ЛОМИДЗЕ, кафедра хирургических болезней и клинической ангиологии МГМСУ

Медико-экономическое обоснование выбора

СПОСОБА ОПЕРАЦИИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Экономические аспекты малоинвазивных способов операции находятся в центре пристального внимания и зарубежных, и отечественных специалистов. Все исследователи сходятся во мнении, что себестоимость лапароскопической операции выше, чем открытого вмешательства. Однако с учетом расходов на послеоперационную реабилитацию, затрат на выплату заработной платы пациенту, снижение валового национального дохода, ассоциированное с этим заболеванием, становится очевидна выгода малоинвазивных вмешательств.

Среди различных заболеваний желчевыводящей системы желчно-каменная болезнь и ее осложнения до настоящего времени занимают ведущие позиции. Проблема ее лечения остается одной из самых актуальных тем медицины и в наши дни [3,10,12,14,19].

Операция удаления желчного пузыря — холецистэктомия — в настоящее время рассматривается как операция выбора при воспалительных и других заболеваниях желчного пузыря. Ежегодно во всем

мире выполняют тысячи подобных вмешательств.

Уже более 100 лет наиболее распространенным доступом к желчному пузырю является правосторонний подреберный разрез, предложенный Кохером и усовершенствованный С.П.Федоровым. Значительно реже хирурги пользуются верхним срединным доступом.

Благодаря развитию новых технологий и инструментов, появлению в арсенале хирурга видеотехники, оптических приборов, световодов и учитывая пристальное внимание специалистов и органов управления здравоохранения к социально-экономическим аспектам



лечения больных, таким как стоимость лечения и качество жизни оперированных больных, в настоящее время в лечении желчно-каменной болезни получили признание и широкое развитие так называемые малоинвазивные технологии. К ним относятся лапароскопические вмешательства и открытые лапароскопические операции из минидоступа, т.е. операции с минимальной травматизацией органов и тканей в результате лечения.

Лапароскопическая холецистэктомия, осуществленная в 1985 г. в Германии Е.Мюге и в 1987 г. во Франции Р. Mouret, была впервые выполнена в России Ю.И.Галлингером и получила название «золотого стандарта». Но в нашей стране лапароскопическая операция, несмотря на большое распространение, не вытеснила полностью операции из традиционного доступа, прежде всего из-за высокой стоимости аппаратуры, инструментария и расходных материалов. Кроме того, при осложненных формах острого холецистита и в ряде других ситуаций ее выполнение не всегда осуществимо, особенно в неспециализированных хирургических отделениях. Нельзя не учитывать и сообщения о росте интраоперационных осложнений, особенно при освоении этой операции широким кругом хирургов [2,6,9,12,13].

Разработка и широкое внедрение в практику набора хирургических инструментов «Мини-ассистент» [19,20] сделали холецистэктомию из мини-доступа достаточно распространенной во многих клиниках и регионах операций [1,3,4,5,10,12,21,24,25].

Таким образом, в настоящее время в нашей стране используются три основных способа холецистэктомии: традиционная, лапароскопическая и операция из минидоступа.

До настоящего времени определение эффективности хирургических методов лечения осуществлялось по следующим показателям:

SUMMARY

The economic aspects of low invasive types of a surgical intervention are in the focus of the careful attention of both foreign and domestic experts. All the researchers agree that the cost value of a laparoscopic operation is higher than that of an open intervention. However, with account of expenses on postoperative rehabilitation, the costs of patients' wages and reduction of gross national income associated with the disease, the advantage of low invasive interventions becomes evident.

B.S.BRISKIN, Professor, **O.V.LOMIDZE**, Department of surgical pathology and clinical angiology at Moscow State Medical Somatological University. **Medical and economic feasibility of cholecystectomy surgery choice.**

- ♦ количество интраоперационных осложнений;
- ♦ осложнения послеоперационного периода;
- ♦ частота рецидива желчно-каменной болезни в отдаленные сроки после проведения операции.

С появлением новых, малоинвазивных хирургических технологий возникла необходимость более детального

изучения различных видов холецистэктомий и отдаленных результатов лечения. В связи с этим в настоящее время определение эффективности хирургических методов лечения осуществляется наравне с традиционно применяемыми критериями и по таким показателям, как

- ♦ продолжительность операции;
- ♦ вид обезболивания и количество используемых в ходе обезболивания препаратов;
- ♦ необходимость дополнительной сложной и дорогостоящей видеолапароскопической аппаратуры;
- ♦ возможность расширения предполагаемого объема операции (холедохолитомия, санация и дренирование холедоха, наложение билиодигестивного соустья);
- ♦ частота перехода к традиционной холецистэктомии (конверсии);

- ♦ эффективность и объем анальгезии в послеоперационном периоде;
- ♦ стоимость лечения;
- ♦ косметический эффект;
- ♦ длительность временной нетрудоспособности;
- ♦ длительность реабилитационного периода.

Таким образом, вопрос эффективности и качества медицинской помощи рассматривается с учетом трех основных критериев: адекватности, экономичности и научно-технического уровня.

С целью выработки рационального подхода к выбору способа операции при желчно-каменной болезни и ее осложнениях нами были проанализированы результаты лечения 2815 больных, лечившихся на одной из баз клиники (ГКБ №81) в 1999—2003 гг.

При анализе экономических затрат на оказание медицинской помощи пациентам с хроническим калькулезным холециститом и с острым калькулезным холециститом, в зависимости от способа оперативного лечения, необходимо учитывать все виды расходов. Такой подход обязателен при выполнении медико-экономического анализа, т.к. применение малоинвазивных способов оперативного лечения может увеличить расходы, связанные с применением дорогостоящего оборудования, но дать экономию по другим статьям: уменьшение койко-дня со снижением расходов на содержание пациента в стационаре, уменьшение частоты и тяжести осложнений, уменьшение объема контрольных исследований.

Затраты на оказание медицинской помощи разделяются на прямые и косвенные. Прямые затраты определяются как непосредственные расходы, связанные с оказанием медицинской помощи, и делятся на медицинские и немедицинские. Прямые медицинские затраты включают в свой состав все издержки, понесенные системой здравоохранения: расходы на содержание пациента в лечебном учреждении, стоимость профессиональных медицинских услуг (оплата рабочего времени врачей и медицинских сестер), стоимость ле-

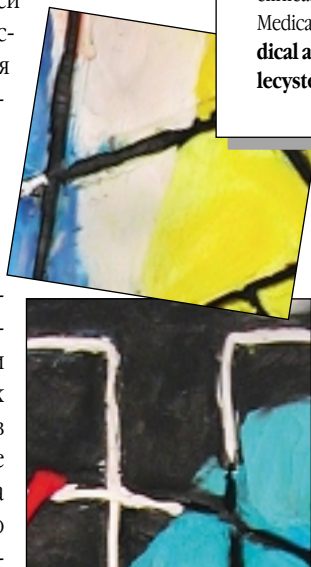


ТАБЛИЦА 1 Распределение больных в группах сравнения по возрасту

Возраст	ТХЭ	МХЭ	ЛХЭ
До 65 лет	304	1275	384
66–80 лет	204	544	57
Старше 80 лет	20	27	0

ТАБЛИЦА 2 Показатели (средние величины) пребывания в стационаре после операции, койко-дни

Годы	ТХЭ	МХЭ	ЛХЭ
1999	14,1	7,6	7,0
2000	12,0	7,7	6,4
2001	13,4	7,5	9,0
2002	12,6	7,1	6,8
2003	13,0	7,3	6,7

ТАБЛИЦА 3 Расчет стоимости эпидуральной анестезии и эндотрахеального наркоза, руб.

	ЭПДА	ЭТН
Лекарственные препараты	193,82	912,09
Расходные материалы	347,17	108,46
Амортизация оборудования	0	39,38
Затраты на труд персонала	90,37	104,96
Итого	631,36	1164,89

ТАБЛИЦА 4 Сравнительная оценка стоимости различных способов операции при холецистите, руб.

	ЛХЭ	МХЭ	ТХЭ
Расходы на оборудование	1095,10	480,00	52,38
Затраты на труд медицинского персонала			
— врач-хирург	133,50	97,90	125,49
— медсестра	37,50	41,25	35,25
— санитарка	28,00	30,80	26,32
Итоговая сумма	1294,10	649,95	239,44

карственных препаратов, стоимость лабораторного и инструментального обследования, стоимость медицинских процедур, хирургические операции, реабилитационные мероприятия, плата за использование медицинского оборудования и т.д. К прямым немедицинским затратам относятся наличные расходы пациентов, стоимость немедицинских услуг на дому, затраты на перемещение несанитарным транспортом. К косвенным затратам относятся затраты на период отсутствия пациента на рабочем месте из-за болезни или выхода на инвалидность, стоимость времени отсутствия на работе членов его семьи, экономические потери от снижения производительности труда [7,8,15,16,17,18,22,23]. В задачи настоящего исследования не входило определение прямых немедицинских и косвенных затрат, мы считали возможным ограничиться анализом только прямых медицинских затрат, которые достаточно полно характеризуют экономическую эффективность различных способов холецистэктомии. В зависимости от метода оперативного лечения пациентов разделили на три группы. В первую группу вошли пациенты, перенесшие холецистэктомию из традиционного широкого доступа (ТХЭ) — 539 человек. Вторую группу составили пациенты после холецистэк-

ТАБЛИЦА 5 Стоимость однократного применения Анальгина, Кетонала, Трамала и Промедола, руб.

	Анальгин	Кетонал	Трамал	Промедол
Стоимость препарата, руб.	1,03	1,41	15,99	16,85
Затраты персонала на введение:				
Врач, мин/руб.				6,23
Медсестра, мин/руб.	1,50 коп.	1,50 коп.	3,75	5,25
Материалы:				
Шприц 2,0 мл.	1,01			
Спирт, вата	1,35			
Итоговая сумма однократного применения препарата	3,54	5,27	22,10	30,69

томии из мини-доступа (МХЭ) — 1873 человека. В третью группу были включены пациенты, оперированные лапароскопическим способом (ЛХЭ) — 403 человека.

Проведение ретроспективного анализа позволило избежать трудностей формирования групп и предвзятости в отборе больных в эти группы. Все пациенты методом случайного отбора госпитализированы в одно из хирургических отделений клиники и оперированы разными хирургами штатного состава больницы и кафедры.

Различное число больных в группах обусловлено тем, что лапароскопический способ операции осуществляется, как правило, в плановой хирургии, а

преобладание МХЭ связано с тем, что эта операция в клинике выполняется с 1995 г., постепенно завоевала симпатии хирургов, и число этих операций ежегодно увеличивалось.

Возрастной состав больных представлен в таблице 1.

Несомненным достоинством операций из мини-доступа является возможность их выполнения с применением только региональной анестезии. Это особенно важно у лиц пожилого возраста и при тяжелых сопутствующих заболеваниях, когда наркоз и наложение пневмоперитонеума нежелательны. Таким образом, эпидуральная анестезия существенно снижает анестезиологический риск.

РИСУНОК 1 Сравнительная оценка стоимости эпидуральной анестезии и эндотрахеального наркоза

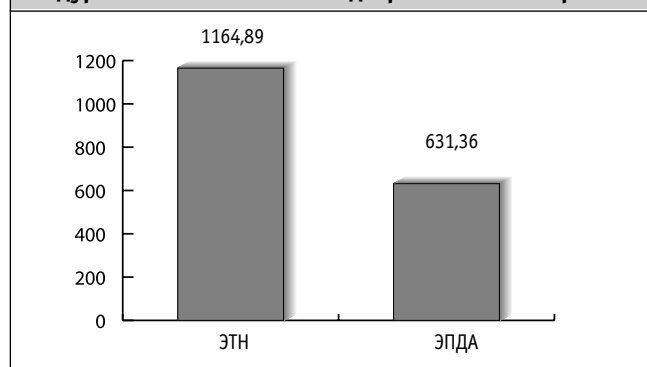


РИСУНОК 2 Сравнительная оценка стоимости различных способов холецистэктомии

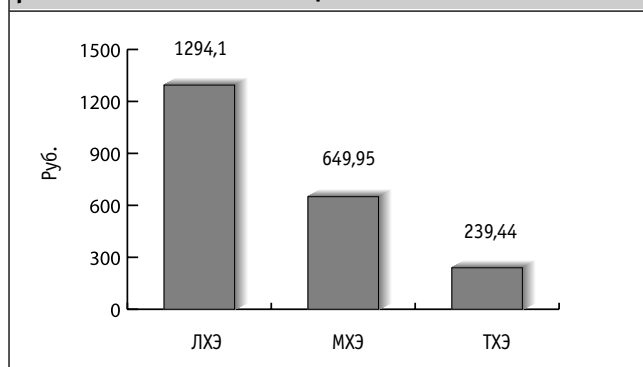


РИСУНОК 3 Сравнительная оценка стоимости различных видов холецистэктомии с учетом тарифов ОМС

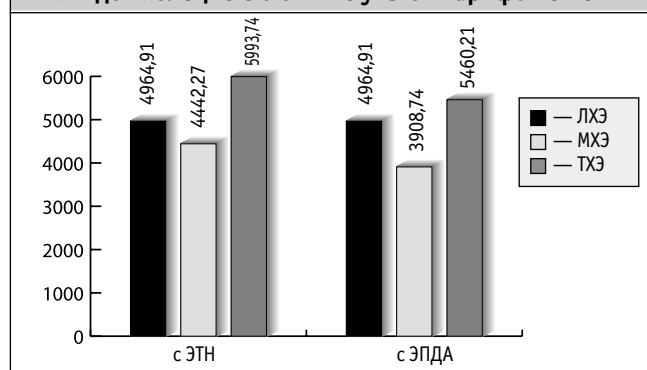
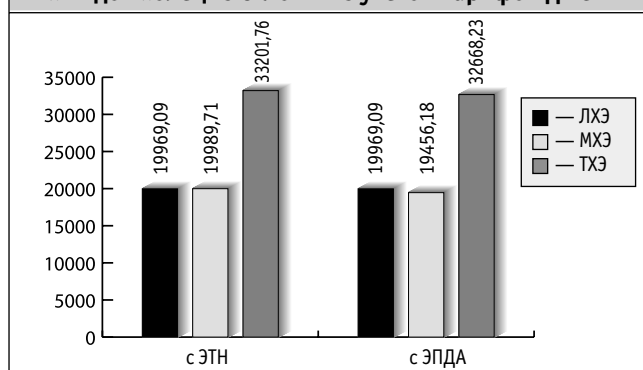


РИСУНОК 4 Сравнительная оценка стоимости различных видов холецистэктомии с учетом тарифов ДМС



Оценивая эффективность каждого из способов оперативного лечения холецистита, обязательной оценке подвергались показатели пребывания больных в стационаре и продолжительность послеоперационного периода, а также количество и характер интра- и послеоперационных осложнений.

Так, за период с 1999 по 2003 г. включительно осложнения ТХЭ имели место в 20 случаях (3,7%). При выполнении МХЭ в течение этого же периода осложнения имели место в 17 случаях (0,9%); при выполнении ЛХЭ — в 2 случаях (0,5%).

Среднее время пребывания больных в стационаре после операции составило 16,1 в 1999 г. и 9,8 к/д в 2003 г. Наиболее короткие сроки пребывания характерны для больных, оперированных из мини-доступа (от 7,1 до 7,7 к/д) и после лапароскопических операций (от 9 до 6,4 к/д), в то время как после традиционной холецистэктомии послеоперационный к/д составил от 14,1 до 12,0 к/д (табл. 2). Таким образом, сокращение сроков пребывания боль-

ных в стационаре после операции связано с увеличением числа операций из мини-доступа и лапароскопических операций и снижением числа холецистэктомии из широкого доступа в правом подреберье.

Стоимость лечения пациента с калькулезным холециститом в стационаре включает в себя:

- ♦ стоимость операции;
- ♦ стоимость послеоперационной реабилитации;
- ♦ стоимость пребывания в стационаре (оплата койко-дня).

В расчет стоимости операции входят:

- 1) стоимость обезболивания;
- 2) амортизация оборудования;
- 3) оплата труда персонала (хирургов, медицинской сестры, санитарки);
- 4) оплата стоимости расходных материалов (шовный, перевязочный материалы).

Одним из основных аспектов экономического анализа при расчете стоимости операции является расчет средств, необходимых для обеспечения анестезиологического пособия. Подавляющее

большинство операций из мини-доступа, а также операции из традиционного доступа в правом подреберье были выполнены с применением эпидуральной анестезии. В то время как необходимым условием выполнения лапароскопической операции является общее обезболивание, как правило, это эндотрахеальный наркоз.

Регионарная анестезия имеет ряд существенных преимуществ перед интубационным наркозом. В первую очередь это касается пациентов пожилого возраста, пациентов с тяжелой сопутствующей патологией, когда эпидуральная анестезия существенно снижает операционный риск. Эпидуральная анестезия отличается высокой степенью эффективности и вместе с тем — технической простотой, высокой степенью доступности в условиях любой больницы, отсутствием риска, связанного с интубацией трахеи. Помимо этого следует отметить экономические аспекты применения эпидуральной анестезии.

Расчет каждого из способов обезболивания — эпидуральной анестезии и эндо-

ТАБЛИЦА 6 Стоимость обезболивающей терапии в послеоперационном периоде у больных, перенесших ЛХЭ, МХЭ, ТХЭ, руб.			
Среднее количество инъекций в послеоперационном периоде	ЛХЭ	МХЭ	ТХЭ
Анальгин 0,5% — 2,0 мл	4 р/14,16	2р/7,08	4р/14,16
Кетонал 100 мг — 2,0 мл	3р/15,81	2р/10,54	2р/10,54
Трамал 100 мг — 2,0 мл	-	2р/44,20	2р/44,20
Промедол 2% — 1,0 мл	-	-	1р/30,69
Итоговая стоимость обезболивающей терапии	29,97	61,82	99,59

ТАБЛИЦА 7 Стоимость послеоперационного койко-дня в системе ОМС и ДМС при различных способах операции, руб.			
	Средний послеоперационный койко-день	Стоимость койко-дней по ОМС	Стоимость койко-дней по ДМС
ЛХЭ	7,18	2475,95	17480,07
МХЭ	7,44	2565,61	18113,05
ТХЭ	13,02	4489,82	31697,84

трахеального наркоза — проводился с учетом стоимости лекарственных препаратов, оплаты труда анестезиолога и анестезистки, стоимости расходных материалов. При расчете стоимости интубационного наркоза мы также учитывали амортизацию дыхательной аппаратуры и ларингоскопа (табл. 3).

Таким образом, анализ затрат при различных способах анестезиологического пособия показывает, что стоимость интубационного наркоза в 1,85 раза превышает стоимость эпидуральной анестезии. Это объясняется необходимостью использования специальной аппаратуры (дыхательного аппарата) и дорогих лекарственных препаратов. Прямая экономия от каждой эпидуральной анестезии составляет 533 руб. 53 коп. (рис. 1). При этом качество анестезии и условий оперирования практически не страдает.

Еще одной существенной составляющей стоимости операции является использование сложной дорогостоящей аппаратуры. Это в первую очередь касается оборудования для лапароскопических операций.

Расчет расходов на оборудование проводился на основании следующих данных:

- ♦ начальной стоимости оборудования;
- ♦ норм амортизационных отчислений.

В лечебно-профилактических учреждениях применяется в основном метод равномерного списания износа основных средств в течение всего срока службы прибора;

- ♦ нормативного времени работы оборудования в год;
- ♦ времени простоя оборудования при регламентированных ремонтных и сервисных процедурах. При этом вводится

коэффициент, равный для простого оборудования 0,05—0,1, для сложного — 0,1—0,15, а для оборудования с электронными узлами — 0,2.

Расчет расходов на оборудование (R) проводился по формуле:

$$R = \frac{t \cdot C_{\text{ха}}}{N(1-k) \cdot 100},$$

где t — продолжительность операции; C — оценочная стоимость оборудования; N — нормативное время работы оборудования в год; k — коэффициент простоя оборудования на ремонт; а — амортизационные расходы в год (%).

Стоимость оборудования, необходимого для выполнения лапароскопической холецистэктомии, и амортизационные отчисления, связанные с использованием этого оборудования, составляют 1095 руб. 10 коп.

Для выполнения холецистэктомии из мини-доступа используется набор инструментов «мини-ассистент». Этот набор включает кольцо ранорасширителя, лопатки ранорасширителя (10 размеров), лопатку световодную со световодом, ряд основных инструментов. Кроме непосредственно набора инструментов «мини-ассистент», для выполнения операции из мини-доступа требуется дополнительное оборудование. В первую очередь это электрохирургический аппарат «ФОТЕК Е300» (электронож-коагулятор) и осветитель с гибким световодом.

Исходя из вышеперечисленного очевидно, что себестоимость оборудования для выполнения операции из мини-доступа составляет 480 руб. 00 коп., что существенно ниже себестоимости лапароскопического оборудования.

Выполнение холецистэктомии из традиционного доступа в правом подреберье не требует специального оборудования. Это, безусловно, делает этот способ операции наиболее дешевым, т. к. снижаются расходы на приобретение и ремонт дорогостоящих инструментов и аппаратов. Стоимость расходов на одну операцию составляет 52 руб. 38 коп.

Кроме затрат на амортизацию инструментов и оборудования при проведении медико-экономического исследования, в себестоимость операции необходимо включать и стоимость расходных материалов, и затраты на оплату труда персонала. Так, при выполнении лапароскопической холецистэктомии и холецистэктомии из традиционного доступа в операции участвуют три хирурга, в то время как для выполнения холецистэктомии из мини-доступа достаточно работы двух хирургов. Это отражается на расходах на оплату труда врачей, участвующих в операции. При расчете затрат на расходные материалы были учтены: стоимость марли для перевязочного материала, стоимость шовного материала.

Таким образом, подводя итоги анализа стоимости различных способов операции (табл. 4, рис. 2) — ЛХЭ, МХЭ, ТХЭ — очевидно, что себестоимость лапароскопической операции выше, чем себестоимость операции из мини-доступа, и значительно превышает себестоимость операции из традиционного доступа. Существенная разница в себестоимости операций объясняется высокой ценой на оборудование лапароскопической операции и лапароскопического инструментария. Кроме того, большая доля расходов приходится на интубационный наркоз,

ТАБЛИЦА 8 Общая стоимость различных способов холецистэктомии

	ЛХЭ	МХЭ	ТХЭ
Стоимость операции	1294,10	649,95	239,44
Стоимость анестезии			
наркоз	1164,89	1164,89	1164,89
эпидуральная анестезия		631,36	631,36
стоимость обезболивания в послеоперационном периоде	29,97	61,82	99,59
стоимость послеоперационного койко-дня (по ОМС)	2475,95	2565,61	4489,82
стоимость п/о койко-дня (по ДМС)	17480,07	18113,05	31697,84
общая стоимость лечения (по ОМС) с общим обезболиванием	4964,91	4442,27	5993,74
общая стоимость лечения (по ДМС) с общим обезболиванием	19969,03	19989,71	33201,76
общая стоимость лечения (по ОМС) с регионарной анестезией		3908,74	5460,21
общая стоимость лечения (по ДМС) с регионарной анестезией		19456,18	32668,23

который является обязательным условием выполнения лапароскопической операции. В то время как операции из мини-доступа и из традиционного доступа могут быть выполнены под эпидуральной анестезией, что, наряду с менее дорогим оборудованием и инструментарием, снижает себестоимость этих операций. Следующим этапом в лечении больных после выполнения операции является послеоперационная реабилитация. Расходы на лечение больных в послеоперационном периоде составляют значительную часть от общей суммы затрат. Одним из основных компонентов послеоперационного лечения является купирование болевого синдрома.

Оценка характера и количества анальгетиков, применяемых после операции, объективно характеризует степень травматичности операции. Так, выраженность болевого синдрома в группе пациентов после МХЭ и ЛХЭ приблизительно одинакова. Наименьшее количество анальгетиков для оптимального обезболивания в послеоперационном периоде отмечено в группе ЛХЭ. В большинстве наблюдений обезболивание проводилось Кетоналом, средняя суточная доза которого составила $276,7 \pm 43,02$ мг/сут (100 мг 2—3 раза в сутки внутримышечно), в течение первых суток после операции, вторые и третьи сутки послеоперационного периода болевой синдром купировался примени-

ем Анальгина 2—3 раза в сутки. В группе пациентов МХЭ в первые сутки послеоперационного периода для достижения адекватного обезболивания был применен Трамал, средняя доза которого составила $163,6 \pm 36,4$ мг/сут (100 мг 1—2 раза внутримышечно в течение первых суток). Кетонал вводили в средней дозе $232,67 \pm 58,33$ мг/сут в течение первых-вторых суток послеоперационного периода, в дальнейшем обезболивающую терапию проводили Анальгином 1—2 раза в сутки. Наибольшее количество анальгетиков в послеоперационном периоде потребовали пациенты, перенесшие ТХЭ. В 80% случаев возникла необходимость введения 2% раствора Промедола, который назначали в дозировке 1,0 мл 1—2 раза в течение раннего послеоперационного периода. Средняя суточная доза Трамала у этой группы пациентов составила $220 \pm 40,68$ мг/сут, его применяли на вторые сутки послеоперационного периода. Средняя суточная доза Кетонала — $128,43 \pm 52,57$ мг/сут, его применяли в течение третьих суток, затем ограничивались использованием Анальгина.

При расчете стоимости обезболивающей терапии, кроме полной стоимости препарата, нами были учтены затраты, связанные с трудом персонала, стоимость расходных материалов (табл. 5).

Таким образом, были рассчитаны затраты на обезболивающую терапию в по-

слеоперационном периоде у пациентов различных групп исследования — ЛХЭ, МХЭ, ТХЭ (табл. 6).

При оценке стоимости послеоперационного лечения, нами также была учтена стоимость проведенных дней в стационаре. Расчет проводили, исходя из рассчитанной бухгалтерией нашего стационара стоимости койко-дня для хирургического отделения. Вычисления проводили по ценам, рекомендованным фондом обязательного страхования (ОМС). Они составили 344 руб. 84 коп. в сутки на одного больного. В данную сумму не входили коммунальные расходы стационара, а также расходы, связанные с транспортом, ремонтом и сервисными услугами. Следует учесть, что наиболее близкой к истине является стоимость койко-дня по договорам добровольного медицинского страхования (ДМС), она составляет 2434 руб. 55 коп. в сутки. Результаты расчета стоимости послеоперационного пребывания пациента в стационаре представлены в таблице 7.

Таким образом, суммируя затраты на операцию, анестезиологическое пособие, обезболивающую терапию в послеоперационном периоде и на пребывание пациента в стационаре, очевидно, что затраты на одного больного, перенесшего холецистэктомию, наиболее привлекательны при операциях из мини-доступа и лапароскопических, а наиболее затратно лечение пациента при выполнении холецистэктомии из традиционного доступа (табл. 8). Если учесть общее количество операций холецистэктомии, выполняемых в стране в течение года, то разница представляется весьма внушительной.

В настоящей работе мы не приводим данных о качестве жизни оперированных пациентов и длительности периода нетрудоспособности, а также о затратах на ликвидацию операционных осложнений, характер и цифры которых приведены в начале статьи. Все эти данные настоятельно рекомендуют более тщательно и в широком масштабе обсудить вопросы о более широком внедрении малоинвазивных способов оперирования при хирургическом лечении холецистита.

