



МІНІСТЕРСТВО  
ЕКОНОМІЧНОГО  
РОЗВИТКУ І ТОРГІВЛІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) UA

(11) 114582

(13) C2

(51) МПК

A61B 17/11 (2006.01)

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА ВІНАХІД

(21) Номер заявки: **а 2016 10033**

(22) Дата подання заявки: **03.10.2016**

(24) Дата, з якої є чинними права на винахід: **26.06.2017**

(41) Публікація відомостей про заявку: **26.12.2016, Бюл.№ 24**

(46) Публікація відомостей про видачу патенту: **26.06.2017, Бюл.№ 12**

(72) Винахідник(и):  
**Гончарова Наталя Миколаївна (UA),  
Криворучко Ігор Андрійович (UA),  
Тесленко Сергій Миколайович (UA)**

(73) Власник(и):  
**Гончарова Наталя Миколаївна,  
пров. Сестрорецький, 14, кв. 1, м. Харків, 61098 (UA),  
Криворучко Ігор Андрійович,  
вул. С. Єсеніна, 12, кв. 28, м. Харків, 61072 (UA),  
Тесленко Сергій Миколайович,  
пров. Зерновий, 5В, кв. 79, м. Харків, 61124 (UA)**

(74) Представник:  
**Шевеля Людмила Михайлівна, реєстр. №90**

(56) Перелік документів, взятих до уваги експертизою:  
Способ интрамуральной надслизистой оментогастропексии в хирургическом лечении язвенной болезни желудка / З.М. Сигал, Ф.Г. Бабушкин, С.Ю. Мещанов [и др.] // Клиническая медицина. - 2014. - №1. - С. 46-49  
RU 2293530 C1, 20.02.2007  
Полысалов В. Н. Способ формирования терминолатерального панкреатоеюноанастомоза при гастропанкреатодуоденальной рецекции / В. Н. Полысалов // Вестник хирургии. - 2007. - Т. 166. - №1. - С. 55-59  
Криворучко И. А. Новый подход в лечении больных с полостными образованиями поджелудочной железы / И. А. Криворучко, Н. В. Красносельский, С. Н. Балака [и др.] // Вісник проблем біології і медицини. - 2009. - Вип. 4. - С.79-81  
Професор Федір Григорович Кулачек - хірург, науковець, педагог (до 75-річчя від народження) / Український журнал хірургії. - 2013. - №1(20). - С. 10-11  
UA 77851 U, 25.02.2013  
UA 95265 U, 10.12.2014  
UA 95264 U, 10.12.2014  
UA 57532 A, 16.06.2003

(56) Перелік документів, взятих до уваги експертизою:  
Лечебно-тактические подходы в лечении псевдокист поджелудочной железы / В.В. Мищенко, П.И. Пустовойт, В.В. Горячий [и др.] // Український журнал хірургії. - 2011. - №3(12). - С. 120-122  
Хірургічне лікування захворювань підшлункової залози / Б.Г. Безродний, В.М. Короткий, І. В. Колосович, Р.А. Сидоренко; МОЗ України, Нац. мед. ун-т ім. О.О. Богомольця. - К.:2011. - С. 166-169  
RU 2556953 C2, 20.07. 2015  
RU 2319463 C2, 20.03.2008  
Криворучко І. А. Використання сучасних методів хірургічного лікування псевдокист підшлункової залози, ускладнених кровотечею / І. А. Криворучко, В. М. Копчак, Н. М. Гончарова // Харківська хірургічна школа. - 2015. - №2(71). - С. 36-39  
Балака С. М. Особливості клінічного перебігу порожнинних утворень підшлункової залози та їх хірургічне лікування : автореф. дис...канд. мед. наук: 14.01.03 / С. М. Балака; Харк. нац. мед. ун-т. - Х., 2011. - 19 с.  
Копчак В.М. Хірургічне лікування ускладнених псевдокист підшлункової залози: мініінвазивні чи «відкриті» втручання // В. М. Копчак, І.А. Криворучко, Н. М. Гончарова // Харківська хірургічна школа. - 2014. - №1(64). - С. 103-106  
Жупанов О. А. До питання лікування псевдокист підшлункової залози / О. А. Жупанов, М. І. Покидько, М. Д. Желіба [та інш.] // Вісник Вінницького національного медичного університету. - 2014. - №1. - Ч. 1. - Т. 18. - С. 124-125  
Мищенко В.В. Тактика лікування псевдокист підшлункової залози / В. В. Мищенко, П. І. Пустовойт, В. В. Гарячий [та інш.] // Науковий вісник Ужгородського університету. - 2011. - Вип. 2(41). - С. 191-193  
Andren-Sandberd A. Pancreatic pseudocysts in the 21-st century. Part I: classification, pathophysiology, anatomic considerations and treatment / A. Andren-Sandberd, C. Dervenis // Journal of the pancreas. - 2004. - Vol. 5. - No. 1. - P. 8-24  
Rosso E. Pancreatic pseudocyst in chronic pancreatitis: endoscopic and surgical treatment / Digestive surgery. - 2003. - Vol. 20. - P. 397-406  
Surlin V. Current therapeutic modalities of pancreatic pseudocyst / V. Surlin, E. Georgescu, M. Georgescu et al. // Current health sciences journal. - 2013. - Vol. 39. - No. 4. - P. 253-258  
Andersen Dana K., Frey Charles F. Evolution of the surgical treatment of chronic pancreatitis / K. Dana Andersen, F. Frey Charles // Annals of surgery. - 2010. - Vol. 251. - P.18-32

## (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПСЕВДОКИСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ПОЗАОЧЕРЕВНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ НА ФОНІ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

(57) Реферат:

UA 114582 C2

Винахід стосується способу лікування псевдокіст підшлункової залози позаочеревної локалізації на фоні хронічного панкреатиту, що включає дренажування псевдокісти, накладення анастомозу між псевдокістою і тонкою кишкою з утворенням цистопанкреатоєюноанастомозу, до якого вшивають пасмо великого сальника, де пасмо великого сальника вставляють між псевдокістою і тонкою кишкою, для чого окремо викроюють пасмо великого сальника на судинній ніжці та підводять до задньої губи анастомозу, формують задню губу анастомозу між стінкою псевдокісти, пасмом великого сальника та стінкою тонкої кишки, вшиваючи пасмо сальника до цистопанкреатоєюноанастомозу, потім перекидають пасмо великого сальника у ділянку передньої губи анастомозу та окремими однорядковими швами між стінкою псевдокісти, пасмом великого сальника та стінкою тонкої кишки формують передню губу анастомозу, вшиваючи пасмо сальника до цистопанкреатоєюноанастомозу, далі вільні краї пасма великого сальника окремими швами підшивають до капсули псевдокісти та серозної оболонки тонкої кишки.

Винахід стосується медицини, а саме абдомінальної хірургії і може бути використаний при лікуванні псевдокіст підшлункової залози (ПЗ) позаочеревної локалізації на фоні хронічного панкреатиту.

Хірургічне лікування пацієнтів з хронічним панкреатитом і наявністю псевдокіст залишається нелегким завданням і часто потребує виконання резекційних операцій на органах черевної порожнини. Одним з можливих варіантів оперативного лікування хронічного панкреатиту, ускладненого формуванням псевдокіст голівки, тіла і хвоста підшлункової залози (ПЗ) є субтотальна резекція ПЗ (S. Gourgiotis, Germanos S. and Ridolfini M.P., Surgical management of chronic pancreatitis; 2007; 6; 121-133).

Оперативне лікування включає видалення хвоста, тіла і голівки ПЗ за латеральним краєм верхньої передньої панкреатодуоденальної артерії, а також ушивання кукси органа.

Недоліком методу є складність виконання операції в зв'язку з наявністю псевдокіст в куксі органа і, в наслідок, високий ризик розвитку панкреатичної нориці. Таке ускладнення зустрічається в 10-30 % випадків після резекційних втручань на ПЗ (Сеєка F, Jon B., Subrt Z. et al. Pancreatic fistula-definition, risk factors and treatment options; 2013; 92(2): 77-84; Dominguez-Comesaña B., Gonzalez-Rodrigues F.J., Ulla-Rocha J.L. et al. Morbidity and mortality in pancreatic resection. 2013).

Найбільш раціональним для лікування псевдокіст ПЗ на фоні хронічного панкреатиту вважається внутрішнє дренирування (М.В. Данилов, В.Д. Федоров, 1995: 512 с.; А.А. Шалимов, и соавт., 2000: 168 с.).

Відомий спосіб хірургічного лікування хронічного кістозного панкреатиту шляхом формування внутрішніх цистодигестивних анастомозів (И. Литман. Оперативная хирургия, Издательство академии наук Венгрии, Будапешт, 1985 г., стр.651).

При цьому способі доступ в черевну порожнину виконують шляхом широкої срединної лапаротомії. Після чого пересікають шлунково-ободову зв'язку, оголюють передню поверхню ПЗ, проводять резекцію гастропанкреатодуоденального комплексу, печінки, і жовчних шляхів, позаочеревної клітковини. При цьому оцінюють технічну можливість виконання операції, яка залежить від ступеня "зрілості" стінок кісти, а також необхідність додаткової корекції жовчного відтоку і дуоденальної прохідності. Далі виконують мобілізацію дванадцятипалої кишки. Передню стінку кісти ПЗ ретельно мобілізують на можливо більшій відстані, при цьому важливо не допустити розтину просвіту порожнистих органів. Після етапу мобілізації кісти операційне поле обмежують вологими тампонами, проводять попередню пункцію та випорожнення кісти, потім виконують розтин її просвіту. Після здійснення гемостазу оцінюють форму і розміри порожнини кісти, стан паренхіми органа, товщину стінки і наявність зв'язку з протоковою системою ПЗ.

Товщина стінки кісти ПЗ більш ніж 4 мм є необхідною умовою для безпечного формування цистоентероанастомозу. Реконструктивний етап операції включає створення анастомозу між кістою ПЗ і петлею тонкої кишки, при цьому можливо формування останнього як з петлею тонкої кишки, так і з виключеним із пасажу її сегменту. Операція завершується дренируванням ділянки втручання з ушиванням операційної рани.

До недоліків цього способу належить віднести те, що розтин кісти ПЗ, у випадку кровотечі, супроводжується значною крововтратою, яка ускладнює перебіг операції і погіршує прогноз захворювання.

Відомий спосіб лікування псевдокіст ПЗ, що включає дистальну резекцію підшлункової залози, при цьому перетинають паренхіму правіше верхньої брижової вени, виконують резекцію передньої поверхні псевдокісти голівки ПЗ та формують панкреатоцистоєюноанастомоз з відключеною петлею тонкої кишки за Ру (див. патент RU № 2556953, МПК А61В17/00).

Спосіб забезпечує зниження травматичності оперативного втручання і ризику виникнення післяопераційних ускладнень, дозволяє знизити обсяг операції, зберегти частину паренхіми ПЗ і фізіологічний пасаж їжі та жовчі за травним каналом за рахунок проведення дистальної резекції ПЗ і формування панкреатоцистоєюноанастомозу зі стінками псевдокісти та передньою поверхню голівки ПЗ.

Недоліком відомого способу є ризик травматизації правої верхньої брижової вени під час оперативного втручання, виникнення панкреатичних нориць у післяопераційному періоді та розвиток екзокринної недостатності підшлункової залози за рахунок втрати її функціонуючої тканини внаслідок резекції.

Ізольовану петлю тонкої кишки за Ру для формування цистоєюноанастомозу використовують для створення достатньо рухливого відвідного кінця тонкої кишки з добрим кровопостачанням. Так, О.О. Шалімов формував частково відключену петлю з брауновським співустьям, прошиваючи привідну петлі танталовими скріпками, потім серозно-м'язовими швами

виконувалося поринання першого ряду. Однак методика має суттєві недоліки: механічні танталові скріпки, проникаючи у просвіт кишки, інфікувалися, нагноювалися та відторгалися у просвіт тонкої кишки, також обмежується рухливість відкритої та частково відкритої петлі тонкої кишки. Крім того, цистоеюнопластику можливо проводити в основному перед ободовою кишкою, або при переміщенні псевдокісти через мезоколон у черевну порожнину.

У відомих способах анастомоз накладається дворядковим швом, що необхідно для забезпечення сталості та герметичності співустя. Недоліками дворядкових швів є додаткова травматизація тканин, формування співустя недостатнього діаметра.

Відомий також спосіб внутрішнього дренивання псевдокіст підшлункової залози, що включає накладання анастомозу між псевдокістою і початковим відділом порожньої кишки бік у бік у повздовжньому напрямку, однорядним серозно-м'язовим вузловим швом, при цьому задню губу формують напівзакритим способом без розкриття просвіту кишки (див. патент RU 2319463, МПК А61В17/11). Відомий спосіб вибраний як прототип.

При такому способі тонка кишка перетинається, відступивши на 30-50 см від Трейцевої зв'язки у безсудинному місці. Частково перетинається і брижа, і судинна аркада ближче до кишки. Відступивши на 20-30 см, формується ентероентероанастомоз за типом "бік у бік". Це дозволяє проводити відвідну кишку через отвір у мезоколон та вільно формувати цистоеюноанастомоз діаметром не менше 4-5 см двома рядами швів.

Недоліками способу є також те, що при невеликих розмірах псевдокіст та їх глибокому заляганні у низці випадків не вдається накласти співустя діаметром більш ніж 2-3 см, велика товщина стінки псевдокісти утруднює функціонування співустя, недостатній дренажний ефект цистоеюноанастомозу у перші дні післяопераційного періоду, пов'язаний набряком співустя та динамічним парезом травного каналу, можливість розвитку недостатності співустя з розвитком нагноєння порожнини псевдокісти, передчасного звуження та облітерації співустя у пізньому післяопераційному періоді.

Недоліком відомого способу є також те, що при невідключенні петлі тонкої кишки за Ру можливий закид їжі в орган, який підлягає анастомозу.

Тому задачею нашого винаходу стала розробка та впровадження у клінічну практику різновиду однорядкового цистоеюноанастомозу з використанням додаткового засобу для герметичності анастомозу.

Другою задачею винаходу є підвищення ефективності хірургічного способу лікування хворих з хронічним панкреатитом, ускладненим формуванням інфікованих псевдокіст підшлункової залози позаочеревної локалізації, за рахунок зниження травматичності оперативного втручання та ризику виникнення післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі лікування псевдокіст підшлункової залози позаочеревної локалізації на фоні хронічного панкреатиту, що включає пункцію і дренивання псевдокісти, накладання анастомозу між псевдокістою і тонкою кишкою бік у бік у повздовжньому напрямку однорядковим вузловим швом, згідно з винаходом, окремо викроюють пасмо великого сальника на судинній ніжці та підводять до задньої губи анастомозу, формують задню губу анастомозу між стінкою псевдокісти, пасмом великого сальника та стінкою тонкої кишки, вшиваючи пасмо сальника до цистопанкреатоєюноанастомозу, потім перекидають пасмо великого сальника у ділянку передньої губи анастомозу та окремими однорядковими швами між стінкою псевдокісти, пасмом великого сальника та стінкою тонкої кишки формують передню губу анастомозу, вшиваючи пасмо сальника до цистопанкреатоєюноанастомозу, далі вільні краї пасма великого сальника окремими швами підшивають до капсули псевдокісти та серозної оболонки тонкої кишки.

Використання однорядкового шва дозволяє знизити травматизацію тканин псевдокісти та тонкої кишки, що попереджує розвиток кровотеч із зони анастомозу.

Однак при накладанні цистоеюноанастомозу однорядковим швом можливий розвиток у післяопераційному періоді такого ускладнення, як несталість анастомозу та виникнення панкреатичних нориць.

Запропонований спосіб ефективно усуває такі ускладнення хронічного панкреатиту. Попередня пункція інфікованої псевдокісти з санацією її вмісту дозволяє уникнути контакту цього вмісту з новоствореним анастомозом, що попереджає розвиток анастомозиту у ранньому післяопераційному періоді та такого ускладнення, як несталість анастомозу.

Використання пасма сальника, вшитого до анастомозу, дозволяє забезпечити його герметичність, та попереджає розвиток панкреатичних нориць у післяопераційному періоді, підвищує сталість анастомозу.

Як виявилось, при застосуванні у ділянці анастомозу пасма великого сальника на судинній ніжці, відбувається проростання його капілярів до анастомозу, що спричиняє додаткове

кровопостачання до цієї ділянки, що вкрай необхідне при хронічному панкреатиті. Крім того, великий чепець є біологічним матеріалом, який не склерозується та у післяопераційному періоді не дозволяє анастомозу зменшуватися у діаметрі та попереджає розвиток ішемізації тканин, та у подальшому реканалізації анастомозу.

5 Спосіб ілюструється кресленнями, на яких зображено:

Фіг. 1. Пункція та санація інфікованої псевдокісти підшлункової залози.

Фіг. 2. Розкриття псевдокісти підшлункової залози.

Фіг. 3. Підведення до псевдокісти пасма тонкого кишечника відключеного за Ру.

Фіг. 4. Розкриття стінки тонкої кишки.

10 Фіг. 5. Викроювання пасма великого сальника на "судинній ніжці" та підведення до місця формування цистопанкреатоєюноанастомозу.

Фіг. 6. Формування задньої губи цистопанкреатоєюноанастомозу: у лінію швів між стінкою псевдокісти та тонкої кишки вшивають пасмо великого сальника ближче до його середини.

15 Фіг. 7. Формування "передньої губи" цистопанкреатоєюноанастомозу: у лінію швів між стінкою псевдокісти та тонкої кишки вшивають пасмо великого сальника ближче до його середини.

Фіг. 8. Пасмо великого сальника окремими швами підшивають до капсули псевдокісти та до серозної оболонки тонкої кишки.

Спосіб позаочеревної локалізації на фоні хронічного панкреатиту виконують таким чином.

20 Після попередньої пункції псевдокісти 1, виконували її санацію антисептиками під контролем УЗД, виконували верхньо-серединну лапаротомію, та мобілізацію дванадцятипалої кишки за Кохером. Розкривали сальникову сумку. Після пункції псевдокісти 1 та її санації, викроювали пасмо тонкої кишки 2 відключеною за Ру та підводили до псевдокісти 1 на відстані 10-15 см від дуоденоєюнального переходу. Окремо викроювали пасмо великого сальника 3 на "судинній  
25 ніжці" та підводили до задньої "губи" майбутнього цистопанкреатоєюноанастомозу. Анастомоз формували "бік у бік". Починали окремими однорядковими швами між стінкою псевдокісти 1, пасмом великого сальника 3, ближче до його центру від країв, та стінкою тонкої кишки 2, формувати задню "губу" анастомозу, вшиваючи пасмо сальника 3 до цистопанкреатоєюноанастомозу. Після формування задньої "губи" анастомозу, починали  
30 формувати передню "губу". "Перекидали" пасмо великого сальника 3 у ділянку передньої "губи" анастомозу, та окремими однорядковими швами між стінкою псевдокісти 1, пасмом великого сальника 3, ближче до його центру, та стінкою тонкої кишки 2, формувати передню "губу" анастомозу, вшиваючи пасмо сальника 3 до цистопанкреатоєюноанастомозу. Вільні краї пасма великого сальника окремими швами 4 підшивали до капсули псевдокісти та серозної оболонки  
35 тонкої кишки, з метою герметизації анастомозу.

Клінічний приклад.

Хворий С., 43 років, госпіталізований до клініки зі скаргами на біль у епігастральній ділянці, лівому підребер'ї, оперізуючого характеру, нудоту, загальну слабкість, підвищення температури до 38 °С. Хворіс більш ніж 1,5 роки, останнє загострення - виникло біля 1 тижня після вживання  
40 алкоголю. Обстежений. УЗД: ознаки хронічного панкреатиту, псевдокіста підшлункової залози, яка містить гіперехогенну зв'язь, ознаки дифузної патології паренхіми печінки. МСКТ: Ознаки хронічного панкреатиту. Псевдокіста розмірами до 8 см у діаметрі, позаочеревної локалізації, з ознаками інфікування. Встановлено діагноз: Хронічний панкреатит. Інфікована псевдокіста підшлункової залози позаочеревної локалізації. Хворому попередньо під контролем УЗД  
45 виконана пункція псевдокісти з метою її декомпресії та санації. Отриману рідину (гній) направлено на бактеріальне та біохімічне дослідження. Після пункції пацієнту виконана верхньосерединна лапаротомія, дванадцятипала кишка мобілізована за Кохером. Розкрита сальникова сумка. При ревізії: підшлункова залоза фіброзно змінена, збільшена за рахунок псевдокісти, розмірами до 8 см у діаметрі. У хворого хронічний фіброзний панкреатит,  
50 інфікована псевдокіста підшлункової залози позаочеревної локалізації. Виконано внутрішнє дренирування псевдокісти з формуванням цистопанкреатоєюноанастомозу за заявленою методикою. Після розкриття псевдокісти та її санації, викроювали пасмо тонкої кишки відключеною за Ру та підводили до псевдокісти на відстані 10-15 см від дуоденоєюнального переходу. Окремо викроювали пасмо великого сальника на "судинній ніжці" та підводили до  
55 задньої "губи" майбутнього цистопанкреатоєюноанастомозу. Починали окремими однорядковими швами між стінкою псевдокісти, пасмом великого сальника, ближче до його центру від країв, та стінкою тонкої кишки, формувати задню "губу" анастомозу, вшиваючи пасмо сальника до цистопанкреатоєюноанастомозу. Після формування задньої "губи" анастомозу, починали формувати передню "губу". "Перекидали" пасмо великого сальника у ділянку  
60 передньої "губи" анастомозу, та окремими однорядковими швами між стінкою псевдокісти,

пасмом великого сальника, ближче до його середини, та стінкою тонкої кишки, формувати передню "губу" анастомозу, вшиваючи пасмо сальника до цистопанкреатоєюноанастомозу. Вільні краї пасма великого сальника окремими швами підшивали до капсули псевдокісти та серозної оболонки тонкої кишки, з метою герметизації анастомозу. Іншої патології у хворого не виявлено. Черевна порожнина санована, дренована трубками та рукавицями. Пошарово шви на рану. Асептичні пов'язки. Хворий виписаний на 9 добу. Оглянутий через 6, 12 місяців. Стан хворого задовільний, дотримується рекомендацій щодо замісної терапії та дієти.

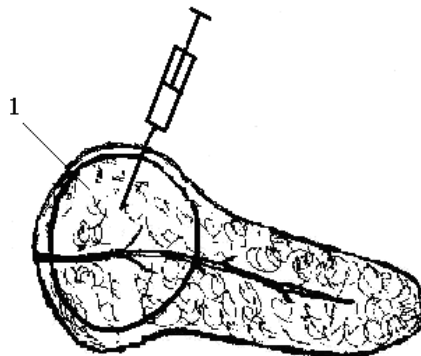
За даною методикою виконано 11 операцій.

Протікання післяопераційного періоду у всіх хворих проходило при відсутності метаболічних порушень і гнійно-запальних ускладнень. Реабілітація в післяопераційному періоді пройшла в короткі терміни.

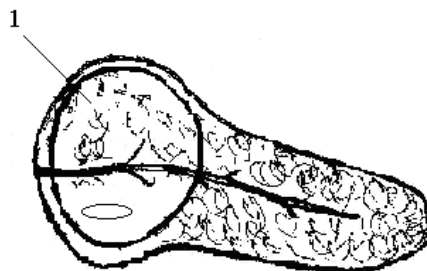
Запропонований спосіб апробований в клінічній практиці і може бути рекомендований до застосування в хірургічній практиці в спеціалізованих стаціонарах.

## ФОРМУЛА ВИНАХОДУ

Спосіб лікування псевдокіст підшлункової залози позаочеревної локалізації на фоні хронічного панкреатиту, що включає дренування псевдокісти, накладення анастомозу між псевдокістою і тонкою кишкою з утворенням цистопанкреатоєюноанастомозу, до якого вшивають пасмо великого сальника, який **відрізняється** тим, що пасмо великого сальника вставляють між псевдокістою і тонкою кишкою, для чого окремо викроюють пасмо великого сальника на судинній ніжці та підводять до задньої губи анастомозу, формують задню губу анастомозу між стінкою псевдокісти, пасмом великого сальника та стінкою тонкої кишки, вшиваючи пасмо сальника до цистопанкреатоєюноанастомозу, потім перекидають пасмо великого сальника у ділянку передньої губи анастомозу та окремими однорядковими швами між стінкою псевдокісти, пасмом великого сальника та стінкою тонкої кишки формують передню губу анастомозу, вшиваючи пасмо сальника до цистопанкреатоєюноанастомозу, далі вільні краї пасма великого сальника окремими швами підшивають до капсули псевдокісти та серозної оболонки тонкої кишки.



Фіг. 1



Фіг. 2

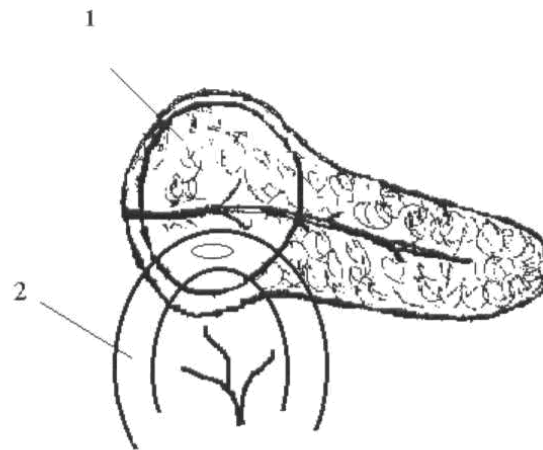


Fig. 3

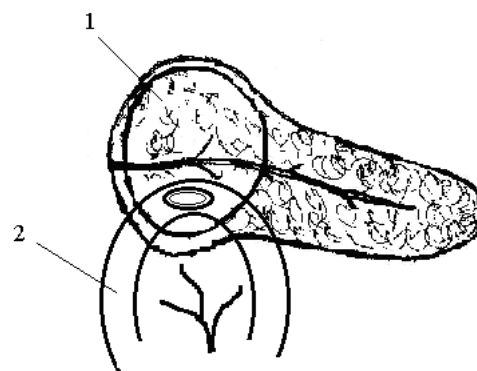


Fig. 4

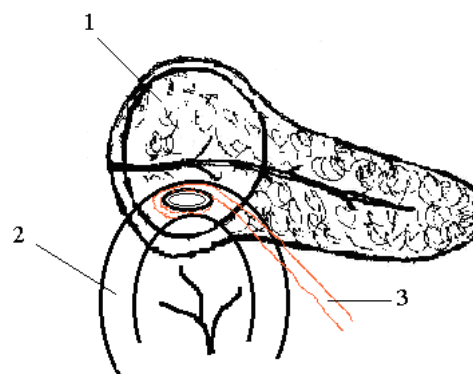


Fig. 5

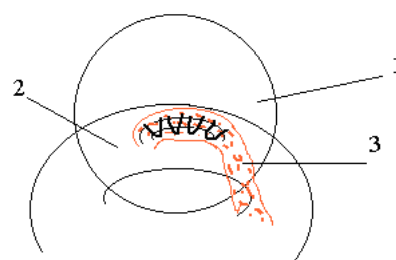


Fig. 6

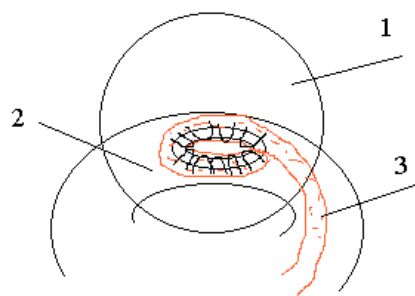


Fig. 7

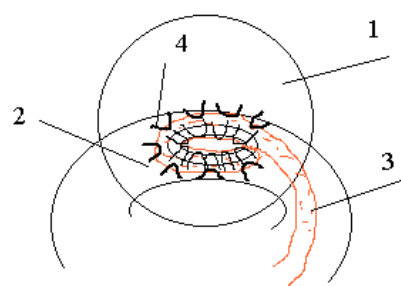


Fig. 8

---

Комп'ютерна верстка Л. Литвиненко

---

Міністерство економічного розвитку і торгівлі України, вул. М. Грушевського, 12/2, м. Київ, 01008, Україна

---

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601