

BLIZNA PO CESARSKIM CIĘCIU – PROBLEM NIE TYLKO ESTETYCZNY

ZROSTY PO CESARSKIM CIĘCIU BARDZO CZĘSTO SĄ AKTYWNE, JEDNAKŻE GENEROWANE PRZEZ NIE ZABURZENIA I DOLEGLIWOŚCI BÓLOWE RZADKO SĄ ŁĄCZONE PRZEZ PACJENTKĘ I LEKARZA Z WYSTĘPOWANIEM BLIZNY PO CC (ORAZ SAMYCH ZROSTÓW).

DR N. MED. MAŁGORZATA CHOCHOWSKA^{1,2,3}
CENTRUM FIZJOTERAPII
I TERAPII MANUALNEJ KOREI¹
ZAKŁAD REHABILITACJI, AWF W POZNANIU²
PRACOWNIA TERAPII MANUALNEJ
I MASAŻU, WSEIT W POZNANIU³

STRESZCZENIE
OBECNIE W POLSCE OK. 40% CIĄŻ JEST RÓZMAIOWYMI W WYNIKU ZABIEGU CESARSKIEGO CIĘCIA (CC), POZOSTAWIAJĄCYM PO SOBIE BLIZNĘ, KTORĄ BĘDZIE WYMAGAŁA UKIERUNKOWANYCH DZIAŁAŃ, MAJĄCYCH NA CELU PRZYWRÓCENIE JEJ PRAWIDŁOWEJ RUCHOMOŚCI I ODDZIELENIA OD TKANEK OTACZAJĄCYCH ORAZ PRZECIWDZIAŁANIE POWSTANIU ZROSTÓW W OBRĘBIE GOJĄCYCH SIĘ TKANEK. POWAŻNY PROBLEM STANOWIĄ ZROSTY POWSTAŁE PO CC, KTÓRYCH ODSETEK WYNOŚI WG RÓŻNYCH SZACUNKÓW 46–100%. ZROSTY PO CC MOGĄ BYĆ ŹRÓDŁEM NIESPECYFICZNYCH DOLEGLIWOŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO, UKŁADU MOCZOWEGO, RÓZRODCZEGO, A PONAOWD MOGĄ STANOWIĆ PRZYCYNĘ CHRONICZNEGO BÓLU MIEDNICY, OBSTRUKCJI ZWIĄZANEJ Z SBO, DYSPARCUNIA I NIEPŁODNOŚCI. KLUCZOWE ZWIĄZANIE W TERAPII BLIZNY PO CC MA LECZENIE ZACHOWAWCZE, KTÓRE OBEJMUJE DZIAŁANIA FARMAKOLOGICZNE, FIZJOTERAPETYCZNE (Z PODZIAŁEM NA ZABIEGI FIZYKALNE I SPECJALISTYCZNĄ TERAPIĘ MANUALNĄ) ORAZ PSYCHOTERAPETYCZNE I DIETETYCZNE. W NINIEJSZYM ARTYKULE PRZEDSTAWIONA ZOSTAŁA BIEŻĄCA, JEDYNE TERAPIA MANUALNA.
SŁOWA KLUCZOWE: CESARSKIE CIĘCIE, BLIZNA, ZROSTY, LECZENIE ZACHOWAWCZE, TERAPIA MANUALNA

SUMMARY
CURRENTLY IN POLAND APPROXIMATELY 40% OF PREGNANCIES END IN CAESAREAN BIRTHS (C-SECTIONS), LEAVING BEHIND A SCAR, WHICH WILL REQUIRE DIRECT TREATMENT AIMED AT RESTORING ITS PROPER MOBILITY AND SEPARATING IT FROM THE SURROUNDING TISSUE, AS WELL AS PREVENTING ADHESIONS FROM FORMING WITHIN THE HEALING TISSUE. ADHESIONS WHICH HAVE BUILT UP FOLLOWING C-SECTION PRESENT A SIGNIFICANT PROBLEM AND THEIR RATE RANGES, ACCORDING TO VARIOUS SOURCES, BETWEEN 46% AND 100%. POST C-SECTION ADHESIONS MAY BE A SOURCE OF NON-SPECIFIC GASTROINTESTINAL COMPLAINTS, PROBLEMS WITH URINARY AND REPRODUCTIVE SYSTEMS AND ADDITIONALLY CAUSE CHRONIC PELVIC PAIN, CONSTIPATION RELATED TO SMALL BOWEL OBSTRUCTION, DYSPARCUNIA OR INFERTILITY. OF KEY IMPORTANCE IN POST C-SECTION SCAR THERAPY IS CONSERVATIVE TREATMENT, WHICH INCLUDES PHARMACOLOGICAL AND PHYSIOTHERAPEUTIC INTERVENTIONS (DIVIDED INTO PHYSICAL AND SPECIALIZED MANUAL APPLICATIONS) AS WELL AS PSYCHOTHERAPY AND DIETARY COUNSELLING. THE HEREBY ARTICLE PRESENTS BIEŻĄCA ONLY THE ASPECT OF MANUAL THERAPY.
KEY WORDS: CAESAREAN SECTION, SCAR, ADHESION, CONSERVATIVE TREATMENT, MANUAL THERAPY

Cięcie cesarskie (CC) jako operacja połączona ma na celu ukończenie ciąży lub porodu, gdy dalsze oczekiwanie na ich naturalne zakończenie przedstawia niebezpieczeństwo dla matki i dziecka [14]. Według zaleceń WHO, odsetek ciąż rozwiązywanych przez CC w żadnym kraju nie powinien przekraczać 15%. Tymczasem prac epidemiologicznych wynika, że odsetek CC stale wzrasta (w 1999 r. w Polsce rozwiązano operacyjnie 18,1% ciąż, podczas gdy w 2012 r. aż 37%) [6,12]. Wskazania do wykonania operacji CC można podzielić na dwie grupy, obejmujące z jednej

strony zagrożenie rodzącej, z drugiej zagrożenie płodu (lub oba jednocześnie) [15]. W ostatnich latach coraz większą liczbę CC wykonuje się ze wskazań planowych, a w tej grupie szczególnie liczne są wskazania pozapolożnicze (okulistyczne, ortopedyczne, kardiologiczne, neurologiczne, pulmonologiczne, psychiatryczne) [6,13,17].

Kształtowanie się blizny

Każdy zabieg operacyjny – w tym CC – pozostawia po sobie bliznę, której ostateczny wygląd zależy od bardzo wielu czynników. Bardzo często pacjentki posiadają wyobrażenie o cienkiej, liniowej i niewidocznej pod linią bielizny bliznie po CC – niestety, ten scenariusz nie zawsze się sprawdza, a powstała blizna często jest nieprawidłowa.

Do podstawowych typów blizn wg podziału Mustoe należą: 1) blizna prawidłowa – jasna („perłowa”) i płaska (niewystająca poza obszar otaczającej skóry); 2) blizna nieprawidłowa – czerwona, powodująca świąd i bolesność, lekko uniesiona ponad obszar otaczającej skóry (wiele takich blizn wraz z upływem czasu staje się płaskich i przyjmuje zabarwienie zbliżone do otoczenia); 3) blizna przerzosa liniowa – czerwona, lekko uniesiona, sporadycznie wywołująca świąd lub ból, niewykraczająca poza zarys rany chirurgicznej; 4) blizna przerzosa o dużej powierzchni – płaszczynowa blizna, wypukła, czasami swędząca (np. blizna pooperacyjna); 5) mały bliznowiec (keloid) – ograniczona, wypukła, swędząca blizna, wykraczająca poza zarys rany; 6) duży bliznowiec (keloid) – duża, wypukła blizna, bolesna lub swędząca, wykraczająca poza obris rany [18].

Zrosty

Korzystny zewnętrzny wygląd blizny po CC nie jest równoznaczny z brakiem zrostów pooperacyjnych, które stanowią bardzo częste następstwo CC i dotyczą wg różnych szacunków od 46% do nawet 100% pacjentek [3,5,7,8,11,16].

Można się spotkać z opinią, że pomimo powszechności występowania zrostów po CC, większość z nich jest klinicznie nieaktywna, tzn. nie zaburza funkcjonowania pacjentki [16]. Nie możemy zgodzić się z tą opinią.

Na podstawie własnych doświadczeń klinicznych, bardziej zasadne wydaje się stwierdzenie, że zrosty po CC bardzo często są aktywne, jednakże generowane przez nie zaburzenia i dolegliwości bólowe rzadko są łączone przez pacjentkę i lekarza z występowaniem blizny po CC (oraz samych zrostów). Podczas licznych warsztatów prezentujących techniki terapii manualnej (o których będzie mowa w dalszej części artykułu), a przeprowadzanych wśród fizjoterapeutów, położnych i lekarzy, bardzo często zdarzało się, że osoby posiadające bliznę po CC, a zgłaszające się jako model służący demonstracji technik manualnej pracy z blizną, dopiero po wnikliwym badaniu przesuwalności i tkliwości blizny oraz związanych z nią restrykcji tkankowych (zrostów i sklejeń pooperacyjnych) orientowały się, że występujące u nich latami dolegliwości bólowe i różnego typu zaburzenia można połączyć właśnie z blizną po CC. Podobne spostrzeżenia dotyczące samych pacjentek – nasze doświadczenia wskazują, że niejednokrotnie pacjentki nie są świadome prawdziwego źródła swoich dolegliwości, przy okazji wizyty z innego powodu (np. bólu miednicy).

Najpowszechniejszą skargą zgłaszaną przez pacjentki, a dotyczącą blizny po CC, jest nieestetyczny wygląd powłok brzusznych – blizna ta jest często przyrośnięta do tkanek głębiej leżących, w związku z czym tworzy się nad nią nawis skóry i tkanki podskórnej, co jest nieakceptowane przez pacjentki. Jednakże sam defekt kosmetyczny, choć widoczny, nie jest najważniejszą konsekwencją posiadanej blizny i zrostów po CC.

Do znacznie poważniejszych następstw zrostów po CC należą: przewlekły ból miednicy mniejszej; obstrukcja związana z zespołem „małego/„ciasnego” jelita (*small bowel obstruction*, SBO); dyspareunia; bezpłodność; niespecyficzne dolegliwości przewodu pokarmowego, układu moczowego, rozrodczego i in. [2,4,10].

Odległymi (zarówno w czasie, jak i miejscu występowania) konsekwencjami zrostów po CC, wynika-

jącymi z restrykcji w obrębie gojących się tkanek (czyli obniżonej możliwości ślizgu pomiędzy kolejnymi warstwami tkanek), mogą być zespoły bólowe narządu ruchu. Zespoły te są trudno identyfikowalne z występowaniem blizny, a ich bezpośrednią przyczyną jest związane z występowaniem blizny (a więc obszaru tkanek sklejonych ze sobą i nierozciągliwych) zaburzenie wzorca postawy ciała i chodu, zmiana napięcia oraz długości spoczynkowej antagonistycznych grup mięśniowych, zmiana geometrii i zmniejszenie elastyczności powięzi [1, 9, 15, 18]. Do często spotykanych zespołów bólowych będą należały tu: bóle głowy, zespoły bólowe kręgosłupa i miednicy.

Leczenie nieoperacyjne

• Środki prewencyjne

Należy podkreślić, że zdecydowanie łatwiej jest podjąć działania zmierzające do przeciwdziałania powstawaniu blizn przerostowych i keloidów oraz minimalizujące szansę utworzenia się zrostów, niż leczyć powstałe zmiany.

Prewencja jest w miarę możliwości podejmowana już na sali operacyjnej: CC wykonuje się zgodnie z przebiegiem linii najmniejszego napięcia skóry (tzw. linie Langer’a), techniką najmniej uszkadzającą tkanki (obejmującą delikatne preparowanie i szycie bez napięcia tkanek) i atraumatyczną (tzn. wykorzystując atraumatyczne igły i nici odpowiedniej budowy i grubości) [18]. Działanie prewencyjne to także unikanie zakażenia rany pooperacyjnej (np. fekaliami) oraz stosowanie podczas operacji środków farmakologicznych wykazujących działanie barierowe, przeciwdziałających formowaniu się zrostów (do środków tych należą: politetrafluoroetylen; utleniona regenerowana celuloza; chemicznie modyfikowany hialuronian sodu/karboksymetyloceluloza) [4,16]. Wymienione środki barierowe są obecnie rzadko stosowane w Polsce ze względu na wysoki koszt (jednorazowy koszt to ok. 650–800 zł – co nie jest objęte refundacją NFZ).

Kolejna kwestia, o której należy poinformować pacjentkę, dotyczy prewencji powstania zrostów pooperacyjnych. Przedstawienie całości po-

stępowania terapeutycznego w przypadku zrostów pooperacyjnych znacznie przekracza ramy tego artykułu, ponieważ obejmuje ono działania: chirurgiczne, farmakologiczne, fizjoterapeutyczne (z podziałem na zabiegi fizykalne i specjalistyczną terapię manualną) oraz psychoterapeutyczne i dietetyczne. W niniejszej publikacji przedstawiona zostanie jedynie terapia manualna.

Plan postępowania terapeutycznego z blizną po CC jest ściśle związany z okresami jej kształtowania i można go podzielić na 3 etapy.

• Praca z blizną – faza I

W I etapie (faza zapalenia – pierwszych 7 dni po operacji) nie wykonuje się bezpośredniej pracy z blizną, ponieważ właściwa blizna nie jest jeszcze uformowana, a rana jest ukryta pod opatrunkiem. Warto jednak zwrócić uwagę na tę fazę, ponieważ zwykle jest ona traktowana jako etap przejściowy, po którym nastąpić ma właściwa praca z blizną (właśnie z uwagi na zasłonięcie rany). Nic bardziej mylnego – te pierwsze 7 dni jest bowiem kluczowe w formowaniu się zrostów pooperacyjnych [4].

W fazie I można z powodzeniem wykonywać drenaż limfatyczny okolic sąsiadujących z blizną (tzn. brzucha i kończyn dolnych), co ma zasadniczy wpływ na gojenie się tkanek. Drenaż limfatyczny brzucha wykonuje się z wykorzystaniem specjalistycznych, bardzo delikatnych, lecz pewnych chwytów (tak, aby nie uszkodzić naczyń limfatycznych), stosowanych w określonej sekwencji i w rytmie oddechowym pacjentki (to wolne tempo jest wymuszone bardzo wolnym przepływem chłonki) [19]. Czas trwania drenażu limfatycznego brzucha i kończyn dolnych powinien trwać ok. 30–45 min.

Drenaż limfatyczny przyczynia się wydatnie do zmniejszenia obrzęku pooperacyjnego i umożliwia bardzo skuteczny odpływ limfy, czego efektem jest lepsze zaopatrzenie drenowanej okolicy w krew oraz tlen i składniki odżywcze (poprawa trofiki tkanek), a co za tym idzie następuje przyspieszenie gojenia.

• Praca z blizną – faza II

W II etapie (faza proliferacji i angiogenezy – do 6–8 tygodni po operacji) kontynuuje się drenaż limfatyczny ww. obszarów ciała oraz obejmuje się drenażem bezpośrednią okolicę blizny pooperacyjnej oraz samą bliznę. W tym okresie zostają włączone także techniki z zakresu delikatnego rozluźniania mięśniowo-powięziowego brzucha (np. wg metody Manheim [9]), obejmując bezpośrednio sąsiedztwo oraz samą bliznę. Zabiegi te wykonuje zwykle wykwalifikowany fizjoterapeuta (sesja terapeutyczna trwa zwykle ok. 30–45 min, w syste-

mie 1–2 razy w tygodniu), a jako środka poślizgowego używa się jednego z preparatów farmaceutycznych/kosmetycznych dedykowanych leczeniu blizn.

W okresie II można też stosować kinesiopaping – czyli w tym przypadku naklejanie na skórę brzucha (bezpośrednio na bliznie) elastycznych plasterów (taśm), które aplikowane pod odpowiednim napięciem odsuwają (unoszą) skórę i tkankę podskórną od powięzi, ułatwiając redukcję obrzęku i poprawiając cyrkulację krwi, a także zbliżają brzegi nowo powstałej blizny do siebie, co zapobiega ich rozciąganiu i może mieć znaczenie w profilaktyce tworzenia się blizn przerostowych i bliznowców.

W tym okresie kluczową rolę zaczyna odgrywać autoterapia, polegająca na wyuczeniu pacjentki odpowiednich ruchów i chwytów terapeutycznych, które ma ona za zadanie powtarzać w domu (najczęściej w systemie 2–4 razy dziennie po ok. 20 min), również z użyciem preparatu dedykowanego leczeniu blizn.

Wspomniane powyżej preparaty mają postać maści lub żelu i zwykle zawierają w swym składzie kilka składników aktywnych. Do najczęściej spotykanych należą: wyciąg z cebuli morskiej (posiadający działanie przeciwzapalne i przeciwobrzękowe) [20,21]; heparyna (o działaniu antyproliferacyjnym, przeciwnapalnym, poprawiająca uwodnienie, a co za tym idzie rozluźnienie struktury kolagenu) [20–22]; alantoina (stymuluje ziarninowanie rany, usprawnia jej oczyszczanie, wykazuje działanie keratolityczne oraz pobudza regenerację naskórka, co przyspiesza proces gojenia) [20–22]; silikon (zapewniający odpowiednie nawilżenie rany, dzięki czemu goi się ona w bardziej uporządkowany sposób) [23,24]; kwas hialuronowy (umożliwia swobodny przepływ osocza oraz jonów oraz tworzy ochronny biofilm); kortykosteroidy (posiadające działanie przeciwzapalne – np. triamcynolon) [25]; witamina E (jest silnym przeciwutleniaczem i bierze udział w syntezie substancji przeciwkrzepliwych, utrzymaniu odpowiedniej przepuszczalności błon komórkowych i zmniejszeniu agregacji płytek krwi); witamina A (poprawia elastyczność skóry oraz pobudza syntezę kolagenu – i wydaje się, że z tego powodu nie powinna być ona stosowana na świeże blizny).

Należy podkreślić, że skuteczność poszczególnych preparatów jest bardzo trudna w ocenie z uwagi na fakt, że istnieje niewielka liczba badań naukowych, a ponadto w badaniach tych wykorzystuje się często połączenie kilku metod w leczeniu blizn, co utrudnia ocenę jednego preparatu [23,25]; niektóre badania dotyczą aplikowania preparatów na skórę

[20,24], a inne aplikacji śródoperacyjnej (np. jako bezpośredni opatrunek na uszkodzony nerw) [21].

• Praca z blizną – faza III

W III etapie (modelowania/przebudowy), zwanym też późnym (od 6–8 tygodni do 0,5–2 lat po operacji), zostają wdrożone techniki bezpośredniej pracy z blizną. Jednocześnie okres 2 lat jest uznawany za czas, w którym możliwy jest jeszcze największy remodeling blizny (później jest to również możliwe, ale w znacznie ograniczonym zakresie).

W okresie III możemy już oszacować wstępnie, czy doszło do powstania zrostów, czego można dokonać poprzez próbę przesuwania blizny (powinna się ona poruszać jako warstwa niezależna od tkanek głębiej leżących) oraz jej unoszenia (blizna powinna się unosić jako część skóry – będąc w nią wtopiona, a także nie może pociągać za sobą tkanek głębiej leżących na żadnym odcinku).

Techniki III okresu odróżniają się od tych stosowanych na poprzednich etapach głębokością interwencji oraz mocą (są znacznie bardziej zdecydowane). W okresie II starania skupiały się na przemieszczaniu blizny wraz z tkankami ją otaczającymi, co miało zapobiegać powstawaniu zrostów i ochraniać kształtującą się bliznę. W okresie III zakładamy, że blizna jest już w pełni wygojona i wdrożenie tych bardziej agresywnych technik jest uzasadnione i bezpieczne. Wykorzystuje się tu masaż głęboki [15], bardziej zdecydowane (i bolesne) techniki z zakresu rozluźniania mięśniowo-powięziowego (np. metoda FDM) oraz techniki specjalnie dedykowane pracy z blizną tym okresie (np. przełamywanie blizny, pionowe unoszenie blizny, rolowanie blizny wraz z tkanką podskórną i in.) [1,9]. Kluczową rolę odgrywa tu też autoterapia i należy wytłumaczyć pacjentce, że bez kontynuowania terapii w warunkach domowych nie uzyska się zadowalających rezultatów.

Piśmiennictwo

- Chaitow L, Fritz S. Masaż leczniczy. Bóle dolnego odcinka kręgosłupa i miednicy. Urban&Partner, 2009.
- Duleba AJ. Pain Associated with Pelvic Adhesive Disease. w: Blackwell RE, Olive DL (red.). Chronic Pelvic Pain. Evaluation and Management. Springer-Verlag, 1998.
- Fushiki H i wsp. Efficacy of Sefrafilim as an adhesion prevention barrier in cesarian sections. *Obstet Gynecol Treatment* 2005, 91 (5): 557–61.
- González-Quintero VH i wsp. Preventing Adhesions in Obstetric and Gynecologic Surgical Procedures. *Rev Obstet Gynecol* 2009, 2 (1): 38–45.
- Hamel KJ. Incidence of adhesions at repeat cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2007, 196 (5): e31–2.
- Holka-Pokorska J i wsp. Elektywne cięcia cesarskie ze wskazań psychiatrycznych – analiza zjawiska, opis dwóch przypad-

- ków oraz rekomendacje kliniczne. *Psychiatr Pol* 2016, 50 (2): 357–73.
- Lyell DJ i wsp. Peritoneal closure at primary cesarean delivery and adhesions. *Obstet Gynecol* 2005, 106 (2): 275–80.
- Makoha FW i wsp. Multiple cesarean section morbidity. *Int J Obstet Gynecol* 2004, 87 (3): 227–32.
- Manheim C. Rozluźnianie mięśniowo-powięziowe. Wyd. WSEIT, 2011.
- Monk BJ i wsp. Adhesions after extensive gynecologic surgery: clinical significance, etiology, and prevention. *Am J Obstet Gynecol* 1994, 170 (5 Pt 1): 1396–403.
- Morales KJ i wsp. Postcesarean delivery adhesions associated with delayed delivery of infant. *Am J Obstet Gynecol* 2007, 196 (5): e1–6.
- Pomorski M i wsp. Analiza porównawcza wskazań do cięć cesarskich w ośrodku III stopnia referencyjności w latach 2002 oraz 2007. *Perinatol Neonatol Ginekol* 2008, 1: 19–22.
- Poręba R i wsp. Wskazania do cięcia cesarskiego. *Perinatol Neonatol Ginekol* 2008, 1 (1): 11–18.
- Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Cesarskie cięcie. Poznań, 2008.
- Riggs A. Masaż tkanek głębokich. Wzualny przewodnik po technikach. CMT, 2008.
- Robertson D i wsp. Adhesion Prevention in Gynaecological Surgery. Clinical Practice Gynaecology Committee and by the Executive and Council of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGS). *J Obstet Gynaecol Can* 2010, 32 (6): 598–602.
- Wilczyńska M i wsp. Analiza wskazań do cięć cesarskich w Szpitalu Specjalistycznym im. A. Falkiewicza we Wrocławiu w latach 2004–2007 i rozważania nad przyczyną ich wzrostu. *Perinatol Neonatol Ginekol* 2008, 1 (1): 27–31.
- Witmanowski H i wsp. Blizny przerostowe i keloidy. Część I. Patogeneza i patomechanizm powstawania. *Post Dermatol Alergol* 2008, 25 (3): 107–15.
- Zborowski A. Drenaż limfatyczny. Firma Wydawniczo-Handlowa AZ, 2008.
- Willital GH, Heine H. Efficacy of Contractubex gel in the treatment of fresh scars after thoracic surgery in children and adolescents. *Int J Clin Pharmacol Res* 1994, 14: 193–202.
- Kahraman A, Kahveci R. Evaluating the effect of polytetrafluoroethylene and extractum capae-heparin-allantoin gel in peripheral nerve injuries in a rat model. *Plast Surg* 2015, 23 (1): 9–17.
- Zieliński T i wsp. Blizny przerostowe i keloidy. Część II. Zapobieganie i leczenie. *Post Dermatol Alergol* 2008, 25 (3): 116–24.
- Kafka M i wsp. Evidence of invasive and noninvasive treatment modalities for hypertrophic scars: a systematic review. *Wound Repair Regen* 2017 Jan 5. [Epub ahead of print]
- Marini L i wsp. Importance of Scar Prevention and Treatment – An Approach From Wound Care Principles. *Dermatol Surg* 2017, 43 Suppl 1: S85–S90.
- Wong TS i wsp. The Efficacy of Triamcinolone Acetonide in Keloid Treatment: A Systematic Review and Meta-analysis. *Front Med (Lausanne)* 2016, 27 (3): 71–6.