

NORMAL DOĞUM EYLEMİ



Elif Gülşah DİKTAŞ¹

Doğum eylemi, serviks dilatasyonuna neden olan ve giderek sıklaşarak şiddeti artan kontraksiyonlarla beraber fetus ve eklerinin dışarı atılması ile karakterize AKTİF bir süreçtir.

Uterin aktivite, fetus ve maternal pelvis doğumun ilerleyişini belirleyen değişkenlerdir ve normal doğum eyleminin başarı ile sonuçlanması için hepsi beraber değerlendirilerek süreç takip edilmelidir.

PARTÜRİSYON

Gebeliğin ilk 36-38 haftasında myometrium travay için hazır hale getirilir ancak uyaranlara yanıtıdır. Servikte yumuşamaya başlamış ancak servikal yapısal bütünlük korunmaktadır. Uzun süren bu sessizlik dönemini myometriumda kontraksiyonların başlaması ve servikte efasmanın (silinme) bu duruma eşlik etmesi ve takibinde servikal dilatasyonun başlaması izler. Bu sürecin başlamasına sebep olan sinyaller halen net olarak bilinmemekle beraber fetal DHEAS'ın E3 ve E2 ye dönüşümü üzerinden, regüle edildiği düşünülmektedir. Bu hormonların progesteron reseptörleri, oksitosin reseptörleri ve GAP

junction üzerinde kontraksiyon mekanizmasında etkili olduğu gösterilmiştir. Sonuç olarak doğum eylemi fetal- plasental ve maternal endokrin, parakrin ve otokrin sinyalleri gerektiren bir süreçtir.

Östrojen miyometrial kontraksiyonlar için gereken düzenleyici mekanizmaları kontrol ederken progesteron bu mekanizmaları inhibe eden bir hormondur ve gebelik süresince baskın olması nedeniyle miad gebeliğe kadar miyometrial kontraktıl mekanizmaların inhibisyonu beklenmektedir. Progesteronun etkisinin azalması ve östrojenin baskın hale geçmesi ile parturisyonun 1. Fazı olan sessizlik dönemi sonlanır ve 2. Fazı olan hazırlık fazına geçilir.

Progesteron miktarının azalmasında ziyade farklı mekanizmalar üzerinde etkinliğini yitirmesi parturisyonun ilerlemesinde etkili olan asıl mekanizmadır. Bu mekanizmalar; miyometrial progesteron reseptörlerinde azalma, progesteron reseptör afinitesinde azalma, progesteronun postreseptör etkilerinin azalması ve 17 beta hidroksisteroid dehidrogenaz tip 2 enziminde azalma ile progesteron yapımında azalma ve östrojen yapımında artmadır.

¹ Op. Dr., T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, elifgulsahdiktas@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Friedman E. Primigravid labor. *Obstet Gynecol.*1955;6:567.
2. Peisner DB., Rosen MG. Transition from latent to active labor. *Obstet Gynecol.*1986;68:441
3. Zhang J., Troendle JF., Yancey MK. Reassessing the labor curve in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol.*2002;187:824.
4. Greenberg MB et al. *Am J Obstet Gynecol.*2007;197:428
5. Anim-Somuah M, et al. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(12): Art. No.: CD000331.
6. Dencker A et al. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010;89:1034.
7. *Prenat Neonat Med.* 1996. 1:283
8. Normal labor. Cunningham, Leveno, Bloom et al ed. *Williams obstetrics* 24th edition(433-454)