

Van İli Kadın Doğum Polikliniklerine Başvuran Hastaların İncelenmesi (*)

Hüseyin Avni ŞAHİN (**), H. Güler ŞAHİN (***), Murat KARAYEL (****), Mansur KAMACI (***), Ali KOLUSARI (***), Mustafa Haki SUCAKLI (**)

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, ikinci ve üçüncü basamakta kadın hastalıkları ve doğum polikliniklerine başvuran hastaları inceleyip sık rastlanan hastalıkları saptayarak sık görülen hastalıklara karşı strateji belirlemek idi.

Araştırma, YYÜ Araştırma Hastanesi kadın doğum polikliniğine 2001 yılında başvuran 8121 hasta ile Van SSK hastanesi kadın doğum polikliniğine başvuran 8135 hastanın prospektif olarak değerlendirilmesi ile gerçekleştirildi. Hastalar tanılarına göre gruplandırıldığında; birinci basamakta çözülebilecek sorunların sıklığı göre Tıp Fakültesi Hastanesi ve SSK Hastanesinde şöyle sıralanmaktaydı: Normal gebelik kontrolü 2929-2850, vulvovajinit 887-785, menapoz 648-225, servisit ve servikal erozyon 397-580, İYE 216-212, dismenore 137-402, RIA ve Aile Planlaması hizmetleri 55-567. Bu hastalıkları hormonal disfonksiyon, infertilite, PID ve tubovaryan abse, kronik pelvik ağrı, gebelik komplikasyonu, pelvik kitle, hirsutismus, miyoma uteri, polikistik over ve amenore gibi nedenler takip etmekteydi.

Bir yıllık tarama sonuçları ikinci ve üçüncü basamağa başvuran hastaların önemli bir kısmının (ikinci basamakta % 69.1, üçüncü basamakta ise % 64.89) birinci basamakta sorunlarını çözebilecekleri halde gereksiz yere üst basamaklara başvurduklarını göstermektedir. Birinci basamakta görev alacak hekimlerin eğitiminde sık görülen hastalıklara ağırlık verilerek bu konulara hakim olmaları sağlanmalı ve böylece gereksiz sevkler önlenmelidir.

Anahtar kelimeler: Birinci basamak, kadın hastalıkları, tıp eğitimi

Birinci basamak sağlık hizmeti, bir toplumdaki tüm bireylerin ve ailelerin kolayca erişebilecekleri ve yararlanabilecekleri biçimde oluşturulan bir sağlık hizmetidir (1). İkinci basamak sağlık hizmeti ise, birinci basamakta problemi çözülemeyen, yatarak veya ayaktan ileri tetkik

SUMMARY

Analysis of Patients Admitted to Gynecology and Obstetrics Clinics of Van Country

The aim of the study was to define the prevalence and types of diseases among patients admitted to outpatient polyclinics of Gynecology and Obstetrics at secondary and tertiary care level and set strategies towards frequent diseases.

A prospective study was accomplished among 8121 patients of YYU Medical Faculty Hospital and among 8135 patients of Van SSK Hospital admitted to outpatient polyclinics of Gynecology and Obstetrics during year 2001. The patients were grouped according to diagnoses. The patients that could be managed at primary health care level in order of their frequency at tertiary and secondary care level were normal pregnancy control 2929-2850, vulvovaginitis 887-785, menopause 648-225, cervicitis and cervical erosion 397-580, urinary tract infection 216-212, dysmenorrhea 137-402, intra-uterine device and family planning services 55-567 respectively. The other following reasons were hormonal dysfunction, infertility, PID and tubo ovarian abscess, chronic pelvic pain, complication of pregnancy, pelvic mass, hirsutismus, myoma uteri, polycystic ovary and amenorrhea.

At secondary care level 69.1 % of the patients and at tertiary care level 64.89 % of patients applied to outpatient polyclinics of Gynecology and Obstetrics even though they could be handled on primary health care level. Physicians must be taught about the frequent diseases in order to feel confident when raising the subject in primary care settings in order to decrease the unnecessary referrals.

Key words: Primary care, Gynecology, Medical education

ve tedavi gerektiren hastalara verilen sağlık hizmetidir. Birer hizmet işletmesi olan hastanelerimizin verimlilik ve etkinlik açısından pek çok sorunu olduğu bilinmektedir. Ülkemiz sağlık sisteminin temelini oluşturan birinci basamak sağlık hizmetlerinin iyi işlememesi nede-

Bu çalışma V. Ulusal Aile Hekimliği Kongresinde sunulmuştur.*; Yüzcüncü Yıl Üniv. Tıp Fak. Aile Hekimliği Anabilim Dalı**; Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı***; Van SSK Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü****

niyle hastanelere yapılan gereksiz başvurular oldukça önemli kalite ve verimlilik sorunlarına yol açmaktadır.

Biz bu araştırmada, birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda tanı ve tedavileri mümkün olmasına rağmen ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına doğrudan başvuran hastaların başvuru nedenleri ile sıklığını tespit etmeyi ve böylece elde edilen bilgiler ışığında birinci basamakta mevcut sorunların çözümüne katkı sağlamayı amaçladık.

MATERYAL ve METOD

Hakkari, Bitlis, Ağrı, Siirt ve Muş illerinin önemli bir kesimi sağlık hizmetlerinden yararlanmak için Van ili sağlık kuruluşlarını tercih etmesi⁽²⁾ nedeniyle, Van SSK Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği ile Yüzyüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine başvuran hastalar 2001 yılında çalışma kapsamına alındı. YYÜ Araştırma Hastanesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniklerine başvuran 8121 hasta ile Van SSK hastanesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniklerine başvuran 8135 hasta prospektif olarak değerlendirilerek; cinsiyet, yaş, mevcut sorunları için birinci basamağa başvuru yapılmadıkları, aldıkları tanı ve sonuçlar ile sosyal güvenliklerine ilişkin bilgiler kaydedildi. Tanımlayıcı istatistiksel analizler veriler SPSS 9.0 programı ile gerçekleştirildi.

BULGULAR

Araştırma sonuçlarına göre; birinci basamakta sorunları çözülebileceği halde Tıp Fakültesi Hastanesi ve SSK Hastanesine başvuran hastaların tanıları ile görülme sıklıkları Tablo 1’de özetlenmiştir. YYÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerinden hizmet almak üzere başvuranların sosyal güvenlik durumlarına göre dağılımı ise Tablo 2’de özetlenmiştir.

TARTIŞMA

Birinci basamak sağlık hizmeti bir toplumdaki tüm bireylerin kolayca erişebildikleri bir sağlık hizmetidir. Birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda tanı ve tedavileri mümkün olmasına rağmen üst basamaklara başvuran hastalar gereksiz yığılmalara ve kaynak israfına neden olurlar. Az sayıda uzman hekim bu birleşmiş hasta yükünün üstesinden kısıtlı sürede yapılan muayene ile gelememekte ve yetersiz sürede hastayı değerlendirme çabası önemli yanılgılara yol açabilmektedir.

Aytekin ve ark.’nın 1987 yılında Gemlik’te kentsel

Tablo 1. İkinci ve üçüncü basamağa doğrudan başvuru nedenleri.

| Tanı | Tıp Fak. | | SSK | |
|---|----------|-------|------|-------|
| | N | % | N | % |
| <i>Birinci basamakta tanı ve tedavisi mümkün olan hastalıklar</i> | | | | |
| Normal gebelik kontrolü | 2929 | 36.07 | 2850 | 35.03 |
| Vulvo vajinit | 887 | 10.92 | 785 | 9.65 |
| Menopoz | 648 | 7.98 | 225 | 2.77 |
| Servisit ve servikal erozyon | 397 | 4.89 | 580 | 7.13 |
| İYE | 216 | 2.66 | 212 | 2.61 |
| Dismenore | 137 | 1.69 | 402 | 4.94 |
| RİA ve aile planlaması hizmetleri | 55 | 0.68 | 567 | 6.97 |
| <i>İkinci ve üçüncü basamağa başvurunun diğer nedenleri</i> | | | | |
| Hormonal disfonksiyon | 397 | 4.89 | 652 | 8.01 |
| İnfertilite | 355 | 4.37 | 154 | 1.89 |
| PİD ve tuboovarial abse | 237 | 2.92 | 650 | 7.99 |
| Kronik pelvik ağrı | 157 | 1.93 | 129 | 1.59 |
| Gebelik komplikasyonu | 135 | 1.66 | 119 | 1.46 |
| Pelvik kitle | 92 | 1.13 | 15 | 0.18 |
| Hirsutismus | 89 | 1.10 | 161 | 1.98 |
| Myoma uteri | 85 | 1.05 | 142 | 1.75 |
| Polikistik over | 69 | 0.85 | 10 | 0.12 |
| Amenore | 55 | 0.68 | 192 | 2.36 |
| Pelvik relaksasyon | 37 | 0.46 | 17 | 0.21 |
| Metroraji ve postmenopozal kanama | 16 | 0.20 | 4 | 0.05 |
| Tüp ligasyonu | 17 | 0.14 | 1 | 0.01 |
| Post partial kanama | 10 | 0.12 | 8 | 0.10 |
| Gestasyonel trofoblastik hast. | 10 | 0.12 | 6 | 0.07 |
| Postoperatif kontrol | 8 | 0.10 | 3 | 0.04 |
| Servikal polip | 5 | 0.06 | 6 | 0.07 |
| Premenstürel sendrom | 4 | 0.05 | - | - |
| Derin ven trombozu | 3 | 0.04 | - | - |
| Endometrial hiperplazi | 3 | 0.04 | - | - |
| Endometrial polip | 3 | 0.04 | - | - |
| Bartolinitis | 2 | 0.02 | - | - |
| Endometrium Ca | 2 | 0.02 | - | - |
| Meme Ca | 2 | 0.02 | - | - |
| Meme kisti | 2 | 0.02 | - | - |
| Anal fissür | 1 | 0.01 | - | - |
| Bruselloz | 1 | 0.01 | - | - |
| Mastit | 1 | 0.01 | - | - |
| Serviks Ca | 1 | 0.01 | - | - |
| Tubal oklüzyon | 1 | 0.01 | - | - |
| Vaginal kist | 1 | 0.01 | - | - |
| Vaginal stenoz | 1 | 0.01 | - | - |
| Vulva Ca | 1 | 0.01 | - | - |
| Yabancı cisim | 1 | 0.01 | - | - |

Tablo 2. Hastaların sosyal güvenlik durumları ile basamaklara başvuru oranları.

| | Sağlık Ocağına Başvuranlar | | İkinci Basamağa Başvuranlar | | Doğrudan Başvuranlar | | Toplam | |
|------------|----------------------------|------|-----------------------------|-------|----------------------|-------|--------|-------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Mülteci | 3 | 0.04 | 5 | 0.06 | 48 | 0.59 | 56 | 0.69 |
| Yeşil kart | 5 | 0.06 | 57 | 0.70 | 17 | 0.21 | 79 | 0.97 |
| Emekli | 2 | 0.02 | 70 | 0.86 | 398 | 4.90 | 470 | 5.79 |
| Memur | 509 | 6.27 | 1922 | 23.67 | 4079 | 50.23 | 6510 | 80.16 |
| Ücretli | 12 | 0.15 | 15 | 0.18 | 644 | 7.93 | 671 | 8.26 |
| SSK | 0 | 0.00 | 67 | 0.83 | 139 | 1.71 | 206 | 2.54 |
| Bağkur | 5 | 0.06 | 3 | 0.04 | 121 | 1.49 | 129 | 1.59 |
| Toplam | 536 | 6.60 | 2139 | 26.34 | 5446 | 67.06 | 8121 | 100 |

alanda gerçekleştirdiği araştırma sonuçları, öncelikle başvuruların hastanelere yapıldığını (%3 5.4), bunu özel hekim muayenehanelerinin izlediğini (% 34.1) ve sağlık ocağının üçüncü sırada yer aldığını göstermiştir (3). Aytekin ve ark.'nın 1997 yılında yayınladıkları Gemlik ilçe merkezinde gerçekleştirdikleri araştırma sonuçlarına göre; hastaların başvurularının çoğunluğu (% 60.6) kamu hastanelerine olup, onu Sağlık ocağı (% 20.6), özel hekimler (% 15.0) ve Tıp Fakültesi Hastanesi (% 3.8) izlemektedir (4). Özel'in araştırmasında ise hasta başvurularının sırasıyla en fazla kamu hastanesine (% 65.9), sonra özel hekim muayenehanesine (% 18.0) son olarak da Sağlık ocağına (% 16.1) yapıldığı saptanmıştır(5). Sağlık Bakanlığı araştırmasında ise, Türkiye'de kentsel alanda hekime başvuruların çoğunluğunun kamu hastanelerine (% 57.6), ardından özel hekimlere (% 16.2) son olarak da sağlık ocaklarına (% 14.1) yapıldığı saptanmıştır (6). Dönmez ve ark.'nın Antalya kent merkezinde sağlık hizmetlerini kullanma durumu ile ilgili araştırmasında, hastaların önemli bir kısmının (% 31.6) birinci basamak yerine doğrudan ikinci basamağı tercih ettikleri belirtilmiştir (7). Üçüncü basamak sağlık hizmeti üreten bir işletme olan Anakara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi'nde yapılan bir araştırmaya göre; 10 yıl içinde başvuran hastaların % 89'unun 1. ve 2. basamakta tedavi edilebilecekleri sonucuna varılmıştır (8). YYÜ Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine başvuran 8121 hastanın 5446'sının (% 67.06) birinci ve ikinci basamağı hiç uğramadan üçüncü basamağı doğrudan başvurduklarını göstermektedir. Hastaların % 26.34'ü ise birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmadan ikinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurduktan sonra üçüncü basamağı başvurmuş idi. Hastaların sadece % 6.6'sı sevk zincirine uyarak başvurusunu yapmış idi. Dönmez ve ark.'nın bulguları bizim gerçekleştirdiğimiz araştırma sonuçları ile örtüşmektedir.

Öte yandan, ikinci basamağı sevk oranı Türkiye genelinde % 8 iken Van ilinde % 24.80 olarak gerçekleşmiştir (9). Ülkemizde yapılan araştırma sonuçları ile kıyaslandığında, bölgemizde hastaların birinci basamağı kullanma oranlarının oldukça düşük olduğu görüldü. Van ili sağlık müdürlüğünün personel sayısı 2001 yılı başında 1200 iken bu sayı 6 ayda 800'e düşmüştür. Yani, personelin üçte biri diğer illere tayin yaptırmıştır ve bunların büyük çoğunluğu birinci basamak çalışanıdır. Van ili sağlık müdürlüğünde 146 pratisyen hekim bulunmakta, bunların sadece 66'sı sağlık ocaklarında

görev yapmaktadır. Van ilinde toplam 60 sağlık ocağı bulunmakta; 15 sağlık ocağında hekim, 6 sağlık ocağında da hiç personel bulunmamaktadır (9). Bu veriler, ikinci basamağı yüksek oranda doğrudan başvurunun nedenleri arasında bölgenin sağlık personeli tarafından tercih edilmemesinden ortaya çıkan personel açığının yer aldığını düşündürmektedir.

Araştırma sonuçları, hastaların önemli bir kısmının birinci basamakta sorunlarını çözebilecekleri halde (ikinci basamakta % 69.1, üçüncü basamakta ise % 64.89) gereksiz yere üst basamaklara başvurduklarını göstermektedir. Kayseri'de yapılan bir araştırmada, Sağlık ocaklarında laboratuvar inceleme oranı % 13 olarak bulunmuştur (10). Çankırı ilinde gerçekleştirilen bir başka çalışmada, sağlık ocaklarında uygun ve yeterli tedavi edici hizmet verilebilmesi için gerekli hemogram, idrar tetkiki gibi laboratuvar imkanlarının sağlanamamış olduğu, sağlandığı durumlarda kullanılabilirliğinin sürdürülmediği, hekimlerin gerek motivasyon eksikliği gerekse eğitimlerinin eksik olması nedeni ile laboratuvar imkanlarını kullanmadıkları, ayrıca kırsal kesimdeki sağlık ocaklarının tedavi edici hizmetin en önemli unsuru olan ilacı sağlayacak bir ecza dolabı ile desteklenmediği ifade edilmiştir (11). Öte yandan Van ilinde laboratuvar inceleme sayısının poliklinik sayısına oranı % 4.02 olarak tespit edilmiştir (12). Sağlık ocaklarının sadece 9'unda laboratuvar teknisyeni bulunmaktadır (12). Laboratuvar olanakları ve personelinin yetersizliğinin yüksek oranda üst basamaklara başvuru nedenleri arasında yer aldığını düşündürmektedir. Aile hekimlerinin ikinci basamaktaki tetkik olanaklarını doğrudan kullanabilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılması sorunun çözümüne önemli katkı sağlayacaktır.

İkinci ve üçüncü basamağı gereksiz başvuruları önlemek, ancak sık görülen hastalıklara doğru tanısal yaklaşım ile etkili mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programları sayesinde mümkün olabilecektir. Bu konuda birinci basamak sağlık hizmetlerine kalite ve verimlilik katacağına inandığımız Aile hekimlerine etkin görevler verilmelidir. Birinci basamakta çalışan hekimlerin eğitimine Aile hekimleri katkı sağlamalı, böylece sık görülen hastalıklara karşı doğru tıbbi yaklaşım gösterilebilmesine olanak verilmelidir.

Sonuç olarak; hastaların üst basamaklara doğrudan başvurularını önlemek için laboratuvar imkanları güçlendirilerek tanı olanakları artırılmalı, personel açığı

kapatılarak bilgi ve motivasyon eksikliğini giderecek önlemler alınmalıdır. Sağlık hizmeti sunacak birimlerin lokalizasyonu, ulaşım imkanları ile nüfus yapısı dikkate alınarak seçilmelidir. Eczanelerin olmadığı yerleşim birimlerinde ecza dolabı açma izinlerinin kolaylaştırılarak hastalara ilaç temin edilmelidir. Tıp eğitiminde birinci basamak öncelikli eğitim programı uygulanmalı, hekimlerin özendirici tedbirlerle bölgede çalışması teşvik edilmelidir. Böylece, üst basamaklarda gereksiz hasta yığılması azalacak ve bu kurumlarda sunulan hizmetin kalitesi yükselecektir.

KAYNAKLAR

1. **Dirican R, Bilgel N:** Halk Sağlığı (Toplum hekimliği). II. Baskı, Bursa, 1993: 51.
2. **Önen Ş, Göksoy T, Tekelioğlu İ:** FTR Polikliniğine Başvuran Hastaların Retrospektif İncelenmesi, Van Tıp Dergisi 4(2):100-103, 1997.

3. **Aytekin H, Bilgel N, Gülesen Ö:** GEAB Kentsel Alanda Yaşayanların Hastalanma Sıklıkları ve Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmaları, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 14(3):237-45, 1987.
4. **Aytekin H, Tugay Aytekin N, Pala K:** Toplum ve Hekim 12(81):10-25, 1997.
5. **Özel A:** Erzurum Kentinde Halkın Sağlığına Verdiği Önem ve Sağlık Kuruluşlarını Kullanması Üzerine Bir Araştırma, Yayınlanmış Doçentlik Tezi, Erzurum, 1980
6. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı Ankara 1997:94-5.
7. **Dönmez L, Dedeoğlu N:** Antalya Kent Merkezinde 60 Yaş ve Üzeri Nüfusun Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu. Türkiye Tıp Dergisi 5(2):95-103, 1998.
8. **Bilaloğlu Eriş:** Kurum Örnekleri: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi. Toplum ve Hekim. 10:69-70, 1995.
9. Van İli Sağlık Müdürlüğü Kayıtları. Temmuz 2001.
10. **Günay O:** Kayseri'deki Sağlık Ocaklarında Laboratuvar Hizmetleri. IV.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 12-16 Eylül 1994 Didim: 266-8.
11. **Çalkoğlu AS, Tunçbilek E:** Çankırı İli Örneğinde Tedavi Edici Hizmetlerde 1. Basamak Sağlık Kuruluşlarının verimliliğinin Değerlendirilmesi, Sağlık ve Toplum 2:39-42.
12. Van Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2001. TC. Sağlık Bakanlığı Van Sağlık Müdürlüğü.

DÜZELTME

Göztepe Tıp Dergisi Eylül 2003; 132-134. sayfalarında yer alan "Hepatik Steatoz Derecesinin Risk Faktörleri ile İlişkisi ve Kolelitiasis Birlikteliği" başlıklı yazıda geçen Kaynaklar'da dizgi hatası olmuştur. Bu hatadan dolayı özür dileriz. Aşağıda verilen Kaynaklar düzeltilmiş şeklidir.

KAYNAKLAR

1. **Tung BY, Carithers RL:** Cholestasis and alcoholic liver disease. Clinics in Liver Disease vol 3(3):585-601, 1999.
2. **Nonalcoholic steatohepatitis.** Feldman: Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, 6th ed., W.B. Saunders Company, 1998.
3. **Neuschwander-Tetri BA:** Nonalcoholic steatohepatitis: an evolving diagnosis. Can J Gastroenterol 14(4):321-326, 2000.
4. **Sabir N, Sermez Y, Kazıl S, Zencir M:** Correlation of abdominal fat accumulation and liver steatosis: importance of ultrasonographic and anthropometric measurements. Eur J Ultrasound 14 (2-3):121-128, 2001.
5. **Schlottmann K, Baer A, Lock G, Scholmerich J, Pelitzsch KD:** The sonographic picture of an achogenic liver is an indicator of pathologic glucose tolerance. Dtsch Med Wochenschr 125(17):517-522, 2000.
6. **Bellentani S, Saccoccio G, Masutti F, Croce LS, Brandi G, Sasso F, Cristanini G, Tiribelli C:** Prevalence of and risk factors for hepatic steatosis in Northern Italy. Ann Intern Med 132(2):112-117, 2000.
7. **Strauss RS, Barlow SE, Dietz WH:** Prevalence of abnormal serum aminotransferase values in overweight and obese adolescents. Journal of Pediatrics 136(6):727-33, 2000.
8. **Shimomura I, Bashmakov Y, Horton JD:** Increased levels of nuclear SREBP-1c associated with fatty livers in two mouse models of diabetes mellitus. J Biol Chem 274(42):30028-30032, 1999.
9. **Neuschwander-Tetri BA, Bacon BR:** Nonalcoholic steatohepatitis. Medical Clinics of North America 80(5):1147-1166, 1996.
10. **Ellergeren A, Savcı G, Ediz B, Tuncel E:** Karaciğer yağlanması: Ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve kimyasal şift manyetik rezonans incelemenin karşılaştırılması. TRD 32(4):470-476, 1997.
11. **Luyckx FH, Lefebvre PJ, Scheen AJ:** Non-alcoholic steatohepatitis: association with obesity and insulin resistance, and influence of weight loss. Diabetes Metab 26(2):98-106, 2000.

12. **Lin T, Ophir J, Potter G:** Correlation of ultrasonic attenuation with pathologic fat and fibrosis in liver disease. Ultrasound Med Biol 14:729-734, 1988.
13. **Wanless IR, Lentz JS:** Fatty liver hepatitis (steatohepatitis) and obesity: an autopsy study with analysis of risk factors. Hepatology 12:1106-1110, 1990.
14. **Braillon A, Capron JP, Herve MA, Degott C, Quenum C:** Liver in obesity. Gut 26:133-139, 1985.
15. **Strauss RS, Barlow SE, Dietz WH:** Prevalence of abnormal serum aminotransferase values in overweight and obese adolescents. 136:727-733, 2000.
16. **Giannini E, Botta F, Cataldi A, Tenconi GL, Ceppa P, Barreca T, Testa R:** Leptin levels in nonalcoholic steatohepatitis and chronic hepatitis C. Hepatogastroenterology 46(28):2422-2425, 1999.
17. **Giannini E, Ceppa P, Botta F, Mastracci L, Romagnoli P, Comino I, Pasini A, Rizzo D, Lantieri PB, Icardi G, Barreca T, Testa R:** Leptin has no role in determining severity of steatosis and fibrosis in patients with chronic hepatitis C. Am J Gastroenterol 95(11):3211-3217, 2000.
18. **Garcia-Monzon C, Martin-Perez E, Iacono OL, Fernandez-Bermejo M, Majano PL, Apolinario A, Larranaga E, Moreno-Otero R:** Characterization of pathogenic and prognostic factors of nonalcoholic steatohepatitis associated with obesity. J Hepatol 33(5):716-24, 2000.
19. **Nasrallah SM, Wolls CE, Galambos JT:** Hepatic morphology in obesity. Dig Dis Sci 26:325-327, 1981.
20. **Kinugasha A, Tsunamoto K, Furukawa N, Sawada T, Kusunoki T, Shimada N:** Fatty liver and its fibrous changes found in simple obesity of children. J Pediatr Gastroenterol Nutr 3:408-414, 1984.
21. **Lee RG:** Nonalcoholic steatohepatitis: a study of 49 patients. Hum Pathol 20:594-598, 1989.
22. **Galambos JT, Wills CE:** Relationship between 505 paired liver tests and biopsies in 242 obese patients. Gastroenterology 74:1191-1195, 1978.