

Medizin-Zulassungs-Test

Ohne Testteilnahme am 8. 11. 89 ist eine Studienplatzbewerbung nicht mehr möglich. 55% aller Studienplätze werden über den TMS, Test für Bewerber der Human-, Zahn- und Tiermedizin, vergeben. Davon sind 10% für die Testbesten, unabhängig von der Abiturnote. Die gesonderte Anmeldefrist betrifft bereits jetzt die Abiturienten des Jahres 1990. Schon seit 1980 veranstalten wir regelmäßig unser **Medizin-Test-Training**. In Intensivkursen in München, Stuttgart, Heidelberg, Frankfurt, Bonn, Düsseldorf, Bochum, Hannover, Hamburg werden alle prüfungsrelevanten Aufgaben gezielt nach unserem bewährten Programm trainiert. Zusätzlich bieten wir unseren Teilnehmern **Kompakt-Aufbaukurse** an. Nutzen Sie unsere mehrjährige Testerfahrung! Auch unsere Studien-Buchtipps senden wir Ihnen gerne zu.

DHS Hochschul-Service GmbH., Karlstr. 54 a, 8000 München 2, Tel. (089) ☉ 5983 42

Therapie des Typ-II-Diabetes soll Hyperinsulinämie nicht verschärfen

Ein Fortbildungsfilm über die „Pathogenese und Therapie des Typ-II-Diabetes“ wurde von der Firma Lipha während des diesjährigen Internistenkongresses in Wiesbaden uraufgeführt. Wie Professor Dr. med. H. Mehnert, München, wissenschaftlicher Autor des Films, anlässlich der Uraufführung betonte, liegt beim Typ-II-Diabetiker sehr häufig ein Risikosyndrom vor: Die Hyperglykämie ist in der Regel bereits im Stadium der Manifestation mit einer ausgeprägten Hyperinsulinämie (bei peripherer Insulinresistenz) verbunden, und als weitere vergesellschaftete Risikofaktoren tragen Übergewicht, Hyperlipidämie, Hyperurikämie und Hypertonie zu den beim Typ-II-Diabetiker exzessiv erhöhten Raten kardiovaskulärer Komplikationen bei.

Es mehren sich die Hinweise darauf, daß die Hyperinsulinämie als gravierender Risikofaktor für die Arteriosklerose angesehen werden muß. Wird Kulturen von Aorta-Muskelzellen Insulin zugesetzt – so heißt es im Film –, dann reagieren die Zellen mit einer starken Proliferation bei erhöhter Lipidaufnahme und Lipidsynthese. Ein entsprechender Effekt ist auch in vivo dokumentiert: Wird gesunden Ratten Insulin intravenös injiziert, dann läßt sich in der Folge eine Kumulation von Cholesterin, Triglyzeriden und freien Fettsäuren in den Muskelzellen der Aorta nachweisen. Und schließlich legen klinische Beobachtungen nahe, daß unter einer sehr hoch dosierten Insulintherapie das kardiovaskuläre

Risiko steigt. Angesichts dieser Befunde stellte Professor Mehnert zur Diskussion, daß man sich bei einer Diabetes-therapie mit Sulfonylharnstoffen den unbestrittenen Vorteil der Blutzucker-Senkung möglicherweise durch den Nachteil einer verschärften Hyperinsulinämie erkauft, wobei die relative Bedeutung von Hyperglykämie und Hyperinsulinämie abzuklären bleibt. Als weitere Nachteile der Sulfonylharnstoffe, welche die Ausschüttung von Insulin aus den Langerhans-Inseln stimulieren, werden im Film die erschwerte Gewichtsabnahme infolge der appetitanregenden Wirkung des Insulins sowie das Risiko der Hypoglykämie angeführt.

Es sei vor diesem Hintergrund zu überdenken – so Professor Mehnert in Wiesbaden –, inwieweit Metformin in der Therapie des Typ-II-Diabetes als Alternative zu den Sulfonylharnstoffen eingesetzt werden kann. Bislang ist Metformin in der Bundesrepublik nur zur Kombinationstherapie zugelassen. Das zu den Biguaniden zählende Metformin, so Mehnert weiter, stelle bei korrekter Anwendung ein sicheres Therapeutikum dar; Laktazidosen – derentwegen andere Biguanide vom Markt genommen wurden – seien bei strenger Beachtung der Kontraindikationen (insbesondere Nierenfunktions-Störungen, hohes Lebensalter) bislang nicht aufgetreten.

Metformin hemmt die enterale Glukoseresorption und die hepatische Glukoneogenese, so wird im Film zur Wirkweise des Biguanids er-

klärt; darüber hinaus werde unter dem Einfluß von Metformin vermehrt Glukose in die peripheren Zellen eingeschleust, Infolge der verbesserten Glukoseverwertung in der Peripherie gehe auch die Hyperinsulinämie zurück, die aus der peripheren Insulinresistenz resultiert und ihrerseits über eine „Down-Regulation“ der Insulinrezeptoren die Insulinresistenz weiter verschärft. Professor Mehnert betonte in Wiesbaden einmal

mehr die Wichtigkeit einer eingehenden Schulung der Diabetiker, die sich angesichts der enorm gestiegenen Patientenzahlen zunehmend aus den Zentren in die Praxen verlagern werde.

Der Fortbildungsfilm „Pathogenese und Therapie des Typ-II-Diabetes“ – so hieß es abschließend bei der Uraufführung – wird interessierten Ärzten auf Wunsch von der Firma Lipha vorgeführt. vi

Unter Lipidsenker-Therapie soll die Diät beibehalten werden

Diät und/oder medikamentöse Therapie bei erhöhten Cholesterinwerten – wie soll sinnvollerweise entschieden werden? Der Fettstoffwechsel-Spezialist David Bilheimer von der Universität Dallas in Texas erläuterte bei einer von MSD Sharp & Dohme veranstalteten Fachpressekongress während des Internationalen Atherosklerose Kongresses im April in Wien die derzeit akzeptierten Leitlinien für das ärztliche Vorgehen.

Die Patienten sollten zunächst hinsichtlich ihrer Risikofaktoren überprüft werden (Zigaretten, Hypertonie, familiäre Belastung, Übergewicht). Liegt der Cholesterinwert über 200 mg/dl und sind Risikofaktoren vorhanden, empfiehlt Bilheimer eine umfassende Untersuchung der Blutfette: Nüchterncholesterin, Triglyceride, HDL. Aus diesen Werten läßt sich die LDL-Fraktion mit der stärksten arteriosklerotischen Potenz errechnen. Bei erhöhten Werten sollten zwei Messungen im Abstand bis zu acht Wochen durchgeführt werden.

Zunächst wird dem Patienten eine entsprechende Diät empfohlen, deren Wirkung nach zwei bis drei Monaten überprüft wird. Bei zusätzlichen Risikofaktoren sollte der LDL-Wert unter 130 mg/dl liegen, ohne Risikofaktoren bei 160 mg/dl. Haben die diätetischen Maßnahmen nach drei Monaten nicht angeschlagen, wird ein lipidsenkendes Mittel unter Beibehaltung der Diät vorge-schlagen.

Bilheimer betonte bei der Wiener Veranstaltung: Hohe Cholesterinspiegel sind oft ein genetisches Stoffwechselproblem, das der Behandlung bedarf. Eine milde Hypercholesterinämie von 200–240 mg/dl läßt sich meist mit einer Ernährungstherapie unter Kontrolle bringen. Ein Cholesterinspiegel, der dauernd über 240 mg/dl liegt, sollte diätetisch und medikamentös behandelt werden. Die Diät soll, das wurde in Wien betont, unter der medikamentösen Therapie nicht aufgegeben werden.

Dr. med.
Cornelia Herberhold