

<b>Training für den Stoffwechsel:</b> Sport ist Medizin beim Typ-2-Diabetes	JAMA	12
Bei unkompliziertem Verlauf <b>keine kognitiven Defizite</b>	Diabet Med	12
<b>Kombinationstherapie</b> bleibt in den meisten Fällen <b>unverzichtbar</b>	Symp.	14
<b>Depressionen</b> durch vielerlei <b>Belastungen</b>	Diabetes Care	14
<b>Prandialer Insulinregulator</b> verbessert die <b>Sekretionsdynamik</b>	J Clin Endocrinol Metab	14

### Internationale Standards

Antihyperglykämische Therapie des Typ-2-Diabetes		15
--	--	----

### Spätschäden

<b>Diabetes und Schwangerschaft:</b> <b>Retinopathie</b> schreitet seltener fort als früher	Diabet Med	16
<b>Elektrische Stimulation:</b> Diabetischen Füßen beim Heilen helfen	Arch Phys Med Rehabil	16
<b>Neuropathie:</b> Normale Schuhe sind zu schmal für Diabetikerfüße	Diab Stoffw	16
Diabetiker beim Hausarzt: Jeder Dritte hat <b>periphere Neuropathie</b>	Diabetes Metab	18
<b>Sexuelle Funktionsstörungen:</b> Diabetiker besonders gefährdet	Symp.	18
<b>Diabetisches Fußulkus:</b> Immer auch die <b>Hände</b> kontrollieren!	Diabet Med	18
Gesundheitspolitische Notwendigkeit: <b>KHK-Prophylaxe</b> besonders wichtig!	Symp.	20
<b>Kardiale Neuropathie:</b> Diabetiker ohne Nephropathie kaum gefährdet	Diabet Med	20
<b>Häufigkeit vaskulärer</b> <b>Komplikationen</b> schwankt	Diabetologia	20
<b>Myokardischämie</b> bei Diabetikern besonders heimtückisch	Swiss Med Wkly	21
<b>Wadenschmerzen</b> – eine seltene Diabeteskomplikation	Lancet	21
<b>Osteomyelitis</b> oder <b>Weichteilinfektion:</b> BSG als Entscheidungshilfe	J Am Podiatr Med Assoc	21
Im Tierversuch funktioniert's: Schützen <b>Antioxidanzien</b> vor <b>Retinopathie?</b>	Diabetes	22
Diabetisches Fußgeschwür: <b>Wundabstrich</b> oder <b>Biopsie</b> zur <b>Keimidentifizierung?</b>	Diabet Med	22

### State of the Art

Ernährungsempfehlungen bei diabetischer Nephropathie		23
---	--	----

<b>Impressum</b>		18
------------------	--	----

#### Was bedeuten die Symbole?

- |                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>A</b> Anwendungsbeobachtung | <b>M</b> Metaanalyse                       |
| <b>C</b> Fall-Kontroll-Studie  | <b>R</b> Randomisiert-kontrollierte Studie |
| <b>F</b> Fallbericht           | <b>S</b> Sonstige Studienarten             |
| <b>K</b> Kohortenstudie        | <b>U</b> Übersicht                         |

## Editorial

### Brauchen wir GLP-1?

Das Arsenal an Mitteln zur Therapie der Zuckerkrankheit erscheint heute wohlbestückt, wie auch die Beiträge in dieser **Diabetes-Depesche** ausweisen. Manchem mag das Angebot schon überreichlich erscheinen.



Dennoch werden weitere medikamentöse Optionen ins Auge

gefasst. M. Zander et al. (Lancet 359, 2002, 824-830) haben GLP-1, kontinuierlich subkutan infundiert, bei 20 Patienten mit Typ-2-Diabetes gegen NaCl getestet. Das Glucagon-like peptide 1 ist in seiner Funktion durchaus nicht dem Glukagon ähnlich, das ja, wie wir gelernt haben, Glukose aus Glykogen mobilisiert. Zugeführtes GLP-1 stimuliert die Insulin-, hemmt die Glukagon-Sekretion und senkt den BZ. Als Peptidhormon kann man es leider nur parenteral applizieren.

Im Laufe von sechs Wochen besserten sich unter Verum die Glukosewerte, HbA<sub>1c</sub> und Fruktosamin sowie die freien Fettsäuren im Serum. Das Körpergewicht sank, Insulinsensitivität und Betazell-Funktion wurden gesteigert. Letzterer Aspekt erscheint besonders attraktiv an der neuen Therapie. Sollte sie dem Insulin den Rang ablaufen?

Dazu müsste man wenigstens mit diskontinuierlichen Injektionen auskommen. In diese Richtung gehen Versuche mit einem langwirkenden GLP (C. B. Juhl et al.: Diabetes 51, 2002, 424-429). Hier besserte sich die Insulinsensitivität allerdings nicht ...

Dr. med. Wilfried Ehnert