



Micro Trace Minerals Labor

Über 35 Jahre umweltmedizinische
und toxikologische Untersuchungen

Röhrenstraße 20
D-91217 Hersbruck

Tel +49.[0]9151.4332
Fax +49.[0]9151.2306

info@microtrace.de
www.microtrace.de



■ Laborinformationen

- Allgemeine Hinweise
- Fachgespräche / Beratung
- Laborführungen
- Laborvergleiche
- Preisvorteil

■ Fachfortbildung und Kongresse

- Workshops 2014

■ Studien und Analysen

- Vergleichsstudie von Haaren bei Krebspatienten und gesunden Testpersonen
- Vergleichsstudie von Chelatsubstanzen DMSA, DMPS und EDTAs
- Schwermetallbelastung im Blut, sowie der Cerebralflüssigkeit von Kindern
- Meta-Studie zur Vitamin D Supplementation

■ Fachinformationen und aktuelle News

- UN Konvention für besseren Schutz vor Quecksilber
- Hashimoto-Thyreoiditis - Eine Vitamin D3- und Progesteron-Mangel-Krankheit?

Laborinformationen

■ Allgemeine Hinweise zu Chelatsubstanzen

- Welche Chelatsubstanz nutze ich zur Provokation d. h. Diagnostik? Diese Frage wird häufig gestellt und ist auch das zentrale Thema einer Forschungsarbeit, die von uns in Kürze veröffentlicht wird (in einem englischen Fachjournal). Tatsächlich eignet sich DMPS i.v. sehr gut, da es ein breites Wirkungsspektrum hat und zeitsparend mit geringen Nebenwirkungen appliziert werden kann. Die diagnostische Aussage ist gut, wobei Werte realistisch eingeschätzt werden müssen. Um dieses zentrale Thema geht es in unserer Vortragsreihe 2014.
- Ein weiteres Thema gilt der Effektivität der jeweiligen Chelatsubstanz. Zeigt z. B. der Provokationstest, dass Blei und Cadmiumbelastungen vorliegen, wäre EDTA i.v. das Mittel der Wahl. Arsen oder Quecksilberbelastungen werden am effektivsten mit DMPS iv behandelt; orales DMPS oder DMSA eignet sich ebenso. Die Verfügbarkeit dieser beiden oralen Substanzen wird in der Literatur mit etwa 50% angegeben. Unsere Daten bekräftigen dies, wobei bedacht werden muss, dass orale Gaben sich für spezifische Patientengruppen und Krankheitsbilder besonders eignen. Schwieriger gestaltet sich die Wahl der Chelatsubstanz, wenn es sich um unterschiedliche, multiple Belastungen handelt (z. B. Quecksilber, Barium, Cadmium und Zinn).
- Unser Buch, Mineralstoffe und Spurenelemente. Labor & Diagnose essentieller und toxischer Metalle als Basis erfolgreicher Entgiftungstherapien gibt statistische Hinweise, die u.a. auch die Wahl der Chelatsubstanz erleichtern.

<http://www.microtrace.de/de/buecher-eblaurock-busch/labor-diagnose>



Micro Trace Minerals Labor

Über 35 Jahre umweltmedizinische
und toxikologische Untersuchungen

Röhrenstraße 20
D-91217 Hersbruck

Tel +49.[0]9151.4332
Fax +49.[0]9151.2306

info@microtrace.de
www.microtrace.de



■ Fachgespräche / Beratung

- Montags von 14 bis 18 Uhr steht Ihnen Frau Blaurock-Busch PhD telefonisch zur Verfügung. An allen anderen Tagen wird Ihr Telefonanruf an Frau Blaurock-Busch weitergeleitet und, soweit möglich, auch schnell beantwortet.
- Gerne besuchen wir Ihre Praxis, um Ihnen und Ihren Mitarbeitern mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Sollten Sie an einem Besuch interessiert sein, der auch mit einer kurzen Schulung Ihrer Mitarbeiter verbunden werden kann, so bitten wir um Nachricht.
Melden Sie sich bitte bei Frau Busch: Tel. 09151-4332

■ Laborführungen

Die Nachfrage nach Laborführungen hat sich merklich erhöht. Wir bitten um Verständnis, wenn wir in Zukunft von Einzelführungen absehen. Ab sofort findet daher jährlich ein Tag der offenen Tür statt, wozu Sie und Ihre Mitarbeiter herzlich eingeladen sind. 2014 findet dieser am 24.05. von 14 - 17 Uhr statt. Während dieser Zeit können Sie unseren Mitarbeitern über die Schulter sehen und wir stehen Ihnen für persönliche Fragen zur Verfügung. Wir bitten um verbindliche Anmeldung.

■ Laborvergleiche

Die Frage, welches Labor nun besser ist, wird immer häufiger gestellt. Teilweise werden Patientenproben von Zweiflern aufgeteilt und gleichzeitig an verschiedene Labore versandt. Erwähnt werden muss, dass geringfügige Abweichungen innerhalb der technisch unumgänglichen Messunsicherheit liegen. Selbst bei groben Abweichungen könnte die Frage, wer nun besser gearbeitet hat, nicht beantwortet werden, denn der eigentliche Messwert ist ja nicht bekannt. Derartige ‚Eigenringversuche‘ tragen nur zur Verunsicherung bei.

■ Preisvorteil

- Bei gleichzeitiger Einsendung von Basal- und Provokationsurin erhält der Zahler einen 10%igen Nachlass auf den Gesamtpreis.
- Bei gleichzeitiger Einsendung einer Blutprobe (Metalluntersuchung sowie Vitamin D oder B12) erhält der Zahler ebenfalls einen 10%igen Nachlass auf den Gesamtpreis. Metalle können in Serum, Plasma oder Vollblut nachgewiesen werden. Vit. D oder B12 in Serum. Näheres unter: <http://www.microtrace.de/de/humandiagnostik/spurenelemente-und-vitamine>

Fachfortbildung und Kongresse

■ Workshops 2014

15.03.2014 **Ärzte Seminar**
Nürnberg (Deutsch)

mit Dr. T. Fischer

29.03.2014 **Heilpraktiker Seminar**
Nürnberg (Deutsch)

Programmdetails sowie weitere Seminare finden Sie unter:
<http://www.microtrace.de/de/workshops>



Micro Trace Minerals Labor

Über 35 Jahre umweltmedizinische
und toxikologische Untersuchungen

Röhrenstraße 20
D-91217 Hersbruck

Tel +49.[0]9151.4332
Fax +49.[0]9151.2306

info@microtrace.de
www.microtrace.de



Studien und Analysen

Wir haben einige Forschungsprojekte, die vor der Veröffentlichung stehen.

■ Vergleichsstudie von Haaren bei Krebspatienten und gesunden Testpersonen

Eine Vergleichsstudie, die wir in Zusammenarbeit mit der Technischen Universität Punjab, Indien durchgeführt haben. Verglichen wird der Schwermetallwert der Haare von 2 Gruppen: Krebspatienten und gesunden Testpersonen, die im gleichen Umfeld leben.

■ Vergleichsstudie von Chelatsubstanzen DMSA, DMPS und EDTAs

Eine weitere Vergleichsstudie befasst sich mit Chelatsubstanzen DMSA, DMPS, sowie den EDTAs. Ziel der Studie war es darzustellen, welche Substanz sich am besten für die Diagnostik d.h. als Urin-Provokationstest eignet und welche der Substanzen am effektivsten für die renale Ausleitung spezifischer Metalle geeignet ist.

■ Schwermetallbelastung im Blut, sowie der Cerebralflüssigkeit von Kindern

Schwermetallbelastung im Blut, sowie der Cerebralflüssigkeit von Kindern der Stadt Mexico City in Mexico. Diese Studie in Zusammenarbeit mit Frau Prof. Lilian Calderón der Universität Montana zeigt deutlich die verheerenden Auswirkungen der zunehmenden Umweltbelastungen.

■ Meta-Studie zur Vitamin D Supplementation

Das Erhalten ausreichender Vitamin D Speicher ist Thema einer Meta-Studie, die Lancet veröffentlichte (Okt.11, 2013). Die Forscher demonstrieren, dass eine Vit. D Supplementation die Knochendichte nicht wesentlich begünstigt. Dr. med Clifford J. Rosen, Maine Medical Research Institute in Scarborough, kommentierte die Forschung. „Die Ergebnisse der Studie bestätigen unsere Ansicht, dass eine Vit. D Supplementation für die Verhütung von Osteoporose nicht erforderlich ist. Allerdings ist eine ausreichende Vit. D Versorgung in Verbindung mit einer ausreichenden Calciumzufuhr (800-1200mg/Tag) eine effektive Maßnahme zur Verhütung von Hüftfrakturen.“

MTM Kommentar: Die Diagnostik kann klären, wann die Calcium- oder Vitamin D Zufuhr unzureichend, ausreichend oder exzessiv ist.

Fachinformationen und aktuelle News

■ UN Konvention für besseren Schutz vor Quecksilber

Den Hinweis für die folgende Information erhielten wir von Frau Apothekerin Schlenk der Moritz Apotheke Nürnberg, Vielen Dank hierfür.

Weltweit leben mindestens zehn bis 15 Millionen Menschen vom Goldschürfen. Dabei wird Quecksilber genutzt um das Gold vom Erz zu trennen. Quecksilber verdampft, gelangt in die Umwelt und gefährdet die Gesundheit der Arbeiter. Durch das Verbot neuer Quecksilbergruben sowie die Einführung alternativer umwelt- und gesundheitsschonender Technologien sollen die Goldschürfer dazu gebracht werden, auf den Einsatz von Quecksilber zu verzichten.

Diesen Oktober findet im süd-japanischen Minamata eine dreitägige internationale Konferenz statt. Die Teilnehmer sollen eine im Januar ausgehandelte Quecksilber-Konvention der Vereinten Nationen unterschreiben, damit der weltweite Ausstoß von hochgiftigem Quecksilber eingedämmt wird. In Deutschland gelten bereits strenge Regeln. In Afrika, Asien und Südamerika besteht großer Handlungsbedarf. Welche und wie viele der 140 vertretenen Staaten außer Deutschland das Umweltabkommen unterzeichnen ist noch unklar.



Micro Trace Minerals Labor

Über 35 Jahre umweltmedizinische
und toxikologische Untersuchungen

Röhrenstraße 20
D-91217 Hersbruck

Tel +49.[0]9151.4332
Fax +49.[0]9151.2306

info@microtrace.de
www.microtrace.de



<http://www.swp.de/ulm/nachrichten/politik/UN-Konvention-fuer-besseren-Schutz-vor-Quecksilber;art4306,2245090>

■ Hashimoto-Thyreoiditis - Eine Vitamin D3- und Progesteron-Mangel-Krankheit?

C.Schulte-Uebbing, S. Schlett, I. D. Craiut

Abstrakt:

Immer mehr Studien zeigen, dass das **Hormon Cholecalciferol** für viele Funktionen hormoneller Organe von Bedeutung ist. Unter anderem scheint es für den **Progesteron-, Östrogen-Insulin- und Thyroxin- Stoffwechsel** wichtig zu sein. Bekanntlich verfügen Schilddrüse und Ovarien über **Cholecalciferol-, Progesteron- und Östrogen- Rezeptoren**. Viele unserer Hashimoto- Patient(inn)en haben Cholecalciferol- und Progesteron- Mangel, **Östrogen- Dominanz** und **Insulin- Resistenz**. In dieser Arbeit zeigen wir die Zusammenhänge an einigen Beispielen. Wir sehen beispielsweise wöchentlich mehrere **Schwangere** mit **M. Hashimoto**, die v. a. in der Frühschwangerschaft einen z. T. extremen **Cholecalciferol-, Progesteron- und Thyroxin-Mangel** haben. Dies kann oft ein **deutlich höheres Abort-Risiko** bedeuten. Viele unserer Schwangeren mit M. Hashimoto haben anamnestisch schon **einige Aborte** hinter sich. Hier kann eine **wöchentliche Labor-Kontrolle** in der Frühschwangerschaft (5. Schwangerschaftswoche bis 16. Schwangerschaftswoche) **und hochnormale Substitution von Cholecalciferol, Progesteron und Thyroxin** für den Embryo lebensrettend sein.

Einführung: In einer kleinen Praxis-Beobachtungs-Studie untersuchen wir gerade mögliche Zusammenhänge zwischen **Cholecalciferol-Mangel, Progesteron-Mangel, Östrogen-Dominanz und Morbus Hashimoto**. Da sich sehr interessante Zusammenhänge zeigen, wollen wir hier eine Trendmeldung geben. Wir betreuen **mehrere hundert Patientinnen mit M. Hashimoto und Progesteron- Mangel**: Dazu gehören viele **Kinderwunsch-Patientinnen** im **Zustand nach Aborten**, aber auch **Schwangere**, die im Zustand nach Aborten ein **Hochrisiko** für einen **erneuten Abort** haben. Dazu gehören auch Patientinnen mit Metrorrhagien, Dysmenorrhö, Prämenstruellem Syndrom und Endometriose. Dazu gehören auch z. T. unsere onkologischen Patientinnen mit Mamma-CA, Ovarial-CA, Corpus-CA etc.

Von zwanzig willkürlich ausgewählten Patientinnen mit **Östrogen-Dominanz und Progesteron-Mangel** hatten neun eine Hashimoto Thyreoiditis. Acht der neun Patientinnen hatten einen **ausgeprägten Cholecalciferol-Mangel** ($< 30 \text{ ng / ml}$). Umgekehrt hatten von zwanzig willkürlich ausgewählten Patientinnen mit nachgewiesenem M. Hashimoto zwölf davon einen ausgeprägten Progesteron- Mangel (Mitte der 2. Zyklushälfte) und vierzehn einen **massiven Cholecalciferol-Mangel** ($< 30 \text{ ng / ml}$).

Historisches:

Im Jahre **1912** veröffentlichte der Pathologe und Chirurg **Hakaru Hashimoto** (1881–1934) seine Entdeckung der »Struma lymphomatosa«. Er schrieb von einer „Krankheit der Schilddrüse mit **lymphomatöser Infiltration**“, die „**vorwiegend Frauen in den Wechseljahren betrifft**“ und „**sich oft in der Schwangerschaft bessert**“.

Symptomatik:

Man kann M. Hashimoto als den „**Clown unter den Schilddrüsen-Erkrankungen**“ bezeichnen. Synonyme sind auch „Autoimmune Thyreoiditis“, „Chronisch lymphozytäre Thyreoiditis“ oder „Autoimmune Schilddrüsen-Entzündung“. Die Krankheit zeigt **unterschiedlichste Verläufe**, entsteht oft schleichend, geht mit Antriebslosigkeit, Müdigkeit, Erschöpfung, Zyklus-Störungen, erhöhter Infektions-Anfälligkeit, Depressivität, Ängstlichkeit, Gewichts-Zunahme, erhöhtem Cholesterin, Gelenk-Schwellungen, Schmerzen etc. und vielen unspezifischen Symptomen einher.

Epidemiologie:

M. Hashimoto ist heute die häufigste Autoimmun-Krankheit. Die Tendenz ist steigend, v. a. in den USA und in Japan. Hier scheint v. a. auch das Jod in der Nahrung eine große Rolle zu spielen. Frauen sind zehn mal häufiger betroffen als Männer. M. Hashimoto tritt auch familiär gehäuft auf. [M. P. & Tunbridge,



Micro Trace Minerals Labor

Über 35 Jahre umweltmedizinische
und toxikologische Untersuchungen

Röhrenstraße 20
D-91217 Hersbruck

Tel +49.[0]9151.4332
Fax +49.[0]9151.2306

info@microtrace.de
www.microtrace.de



W. M. (2002)] Jede(r) Fünfte mit M. Hashimoto hat Begleit-Krankheiten wie Rheumatoide Arthritis, Morbus Crohn, Zöliakien, Diabetes (v. a. Typ I), Atrophische Gastritis, Vitiligo, Morbus Addison, Anämien, Alopezia areata etc.

Ursachen:

Diverse Ursachen werden diskutiert. Nachgewiesen sind:

Genetische Disposition (Polymorphismen u. a. der Gene MTHFR 677 C/C und COMT A/A)

[Chistiakov, D. A. (2, 005),

gesteigerte Jod-Exposition

[Rasooly, L. et al. (1996), Rose, N. et al. (2002), Rose, N. et al. (1997)],

Störungen im Katecholamin- und Serotonin-Haushalt, Störungen im Folat- / Homocystein-System

[Schwab, 2010],

Stress

[Auinger et al.:2010],

Immun-Defizite

[Murakami, M. et al. (1999)],

Bakterielle und virale Infektionen

[Mine et al., 1996; Tomer & Davies, 1993],

Serotonin-Mangel

[Cleare, A. J. et al. (1995): **Selen-Mangel**: Es ist schon lange bekannt, dass Selenmangel M. Hashimoto fördert. [Gärtner, R. et al. (2002)]. Selen wirkt antioxidativ und scheint synergistisch zu wirken mit Vitamin D3, reduziertem Glutathion und auch mit Progesteron. [Duntas, L. H. et al. (2003), Gärtner, R. et al. (2002)],

Langzeit-Lithium-Therapie

[Bocchetta, A. et al. (2001)] **Amiodaron-Therapie** und **andere Ursachen**.

Über Progesteron- und Cholecalciferol-Mangel als mögliche Teil-Ursachen des M. Hashimoto gibt es bisher noch keine Publikationen.

Sinkende Cholecalciferol- u. Progesteron-Spiegel

Dabei erkannte schon Hakaru Hashimoto im Jahre 1912, dass die Krankheit vorwiegend **Frauen in Phasen hormoneller Veränderungen** betrifft. Stark **sinkende Cholecalciferol- und Progesteron-Spiegel** in der Pubertät, nach der Entbindung und im Klimakterium scheinen eine große Rolle zu spielen. Ändert sich das hormonelle **Gleichgewicht zwischen Ovarien, Hypophyse und Schilddrüse**, so ist das Risiko, an Hashimoto zu erkranken, höher: In der **Pubertät** (gelegentlich: **niedrige Cholecalciferol-Werte**, oft auch niedrige Progesteron-Werte) **nach der Schwangerschaft** (sehr häufig, Prolaktin steigt, Progesteron sinkt, **Cholecalciferol sinkt**, Östrogen steigt) und im **Klimakterium** (Progesteron sinkt, **Cholecalciferol sinkt**, Östrogen sinkt) [Jurczynska, J. & Zieleniewski, W. (2004), Van der pump, M. P. & Tunbridge, W. M. (2002)]

Es spricht sehr viel dafür, dass M. Hashimoto bei Frauen sehr oft mit **Cholecalciferol- und Progesteron-Mangel Östrogen-Dominanz und Insulin-Resistenz** einhergeht. Mittzyklische hohe Östradiol-Werte (Zeitpunkt der Ovulation), ein Prae-Diabetes, ein gestörter Fettstoffwechsel, Adipositas, Gewichtszunahme (= mehr östrogen-produzierendes Fettgewebe etc.) können zu einer pathologischen Östrogen-Dominanz und Insulin-Resistenz führen. Viele neuere Studien belegen, dass **Prae-Diabetes, gestörter Fettstoffwechsel, Adipositas, Gewichtszunahme** oft mit **Cholecalciferol-Mangel** einhergehen. Diese Kombination kann einen Teufelskreis bewirken: Schlechte Blutzucker-Regulierung, **Cholecalciferol-Mangel** und Östrogen-Dominanz können Morbus Hashimoto fördern.

Auch **toxikologische (Teil-)ursachen** können häufig beteiligt sein: Schon lange ist bekannt, dass sogenannte **Xeno Estrogene** Östrogen- und wahrscheinlich auch **Cholecalciferol-Rezeptoren blocken** und die Immun-Abwehr schwächen können. Eine Vielzahl von **Pestiziden** wirken wie



Micro Trace Minerals Labor

Über 35 Jahre umweltmedizinische
und toxikologische Untersuchungen

Röhrenstraße 20
D-91217 Hersbruck

Tel +49.[0]9151.4332
Fax +49.[0]9151.2306

info@microtrace.de
www.microtrace.de



Östrogene: Sie können Östrogen- Dominanz und Inflammation fördern. V. a. tierische Fette können eine toxische Östrogendominanz fördern. Im Fettgewebe lagern sich Giftstoffe (**Schwermetalle, Pestizide, Lösungsmittel**) ab. Die Akkumulation von Xeno-Östrogenen in tierischen Fetten kann das Risiko für **Cholecalciferol-Mangel, Östrogen-Dominanz, Insulin-Resistenz** und auch Inflammation potenzieren. Gefährlich ist dabei die Umwandlung von Östron in Östriol. Es ist bekannt, dass Frauen mit höhergradiger Mastopathie, mit Mamma-Hyperplasie, mit erhöhter Brust-Dichte (ACR 3, ACR 4) sehr oft stark erhöhte Östron-Spiegel aufweisen.

Hier hat sich in der angewandten Onkologie gezeigt, dass **Tamoxifen** und **Aromatase-Inhibitoren** oft unwirksam sind. Eine mögliche (teil) ursächliche Rolle von Schilddrüsen-Funktions-Störungen wird immer wieder diskutiert. Was ein mögliches erhöhtes Rezidiv-Risiko betrifft, so scheint das Östriol im Gegensatz zu Östradiol und Östron harmloser zu sein, u. a. auch, weil es nierengängig ist.

In jedem Fall sollten zum Beweis bzw. Ausschluss einer Östrogen-Dominanz und / oder eines **Cholecalciferol- und Progesteron-Mangels Cholecalciferol, Progesteron, Östradiol und Östron** regelmäßig gemessen werden, und zwar insbesondere zum Zeitpunkt der **Ovulation**, entsprechend dem 14. von 28. Zyklustagen. Bestimmt werden sollte der Quotient aus Östradiol und Progesteron, dies in der Mitte der zweiten Zyklushälfte, entsprechend dem 21. von 28. Zyklustagen. Hinweise auf eine (absolute oder relative) Östrogendominanz können sich v. a. ergeben bei einem Anstieg der Östrogenwerte, bei einer Mastodynie, auch in Verbindung mit dichtem Brustdrüsen- Gewebe (ACR > 2). Auch eine Messung von **Homocystein, Cortisol und DHEAS** ist sehr sinnvoll. Östrogen- Dominanz kombiniert mit **Cholecalciferol- und Progesteron-Mangel** gehen oft mit erhöhten Homocystein- und Cortisol-Werten einher sowie mit oft stark erniedrigten DHEAS-Werten.

Progesteron und Schilddrüsen-Hormone in der Schwangerschaft

In der **Geburtshilfe** sind **Wechselwirkungen** zwischen **Ovarial-, Nebennierenrinden- und Schilddrüsen- Hormonen** schon seit Jahrzehnten bekannt.

In der Schwangerschaft gehen steigende Serum-Progesteron-Spiegel meist mit einer **steigenden Sensibilität** der Schilddrüsen-Zellen **gegenüber TSH** einher.

Hashimoto-Patientinnen haben sehr oft einen deutlichen **Cholecalciferol- und Progesteron-Mangel**. Das **Abort-Risiko** ist bei Patientinnen mit M. Hashimoto **deutlich höher**. Es zeigt sich in der geburtshilflichen Praxis immer wieder, dass bei einer **Cholecalciferol- und Progesteron-Substitution** (z. B. mit **Vigantol-Öl sublingual** plus Utrogest) von Hashimoto-Patientinnen meist **wesentlich höhere Cholecalciferol- und Progesteron-Dosen nötig** sind als bei Patientinnen ohne M. Hashimoto. Bei Hashimoto-Patientinnen, die dann (labor-kontrolliert) gut mit **Cholecalciferol und Progesteron** substituiert sind, sinken dann meist die Schilddrüsen-Antikörper (v.a. Anti-TPO). Wir finden immer wieder, dass bei Schwangeren mit M. Hashimoto, sehr hohen SD-Antikörpern und ausgeprägtem **Cholecalciferol- und Progesteron-Mangel** eine **Cholecalciferol- und Progesteron-Substitution** sehr häufig sogar zu einer Normalisierung der SD-Antikörper führt. Das beweist, dass zumindest bei Schwangeren mit M. Hashimoto **erhöhte SD-Antikörper, Cholecalciferol- und Progesteron-Mangel synergistisch** wirken können.

Cholecalciferol-Bindungsproteine

Interessant ist, dass auch die **Schilddrüse Bindungsproteine** für Trijodthyronin, **Thyroxin** und **Cholecalciferol** besitzt und auch **Östrogen- und Progesteron-Rezeptoren** hat. Letztere gehören zur sogenannten „Östrogen-Rezeptor-Subfamilie“. [Van Hoeven, K.H.; Menendez-Botet, C.J.; Strong, E.W.; Huvos, A.G., 1993; Meyer, H.H.D. (1994)]

Viele Organe verfügen über **Progesteron-Rezeptoren**: Nicht nur der **Uterus**, sondern auch die **Prostata**. Diese ist beim Mann das Analog-Organ zum Uterus der Frau. Weitere Organe mit Progesteron- Rezeptoren sind die **Mamma** [PRESS, GREENE (1988)]die Leber [JOHNSTON et al. (1985)], die Lunge [PRESS, GREENE (1988)] Organe des Verdauungstraktes [SALIH et al. (1996)] der **Hypothalamus** [AL-KHOURI, GREENSTEIN (1985); SIMERLY, YOUNG (1991)] die **Hypophyse**



Micro Trace Minerals Labor

Über 35 Jahre umweltmedizinische
und toxikologische Untersuchungen

Röhrenstraße 20
D-91217 Hersbruck

Tel +49.[0]9151.4332
Fax +49.[0]9151.2306

info@microtrace.de
www.microtrace.de



[ADAMS, RITAR (1986)]

Die Schilddrüse hat Thyroxin-, Cholecalciferol-, Östrogen- und Progesteron-Rezeptoren. Wenn Patientinnen mit M. Hashimoto (erniedrigtes L-Thyroxin, erhöhte Anti-TPO, erhöhte TRAK), Vitamin D3-Mangel ($< 30 \text{ ng / ml}$) und Progesteron-Mangel neben der L-Thyroxin-Substitution auch Cholecalciferol (z. B. Vigantol-Öl) und Progesteron (z. B. mit naturidentischer Progesteron-Salbe) substituieren, normalisieren sich nicht nur die Thyroxin, Progesteron- und Cholecalciferol-Serum-Spiegel sondern sehr oft auch die SD-Antikörper (Anti-TPO, TRAK) im Serum.

Fallbeispiel 1:

Frau E. J., 29 Jahre alt, 5. Gravida 1. Para. Zustand nach einer Geburt im 24. Lebensjahr. Ab dem 25. Lebensjahr trat M. Hashimoto auf. Sie hatte dann 3 Aborte (26. - 28. LJ). Nun in der 6. Schwangerschaftswoche **Cholecalciferol im Serum $< 30 \text{ ng / ml}$** . Progesteron im Serum $1,2 \text{ ng / ml}$ (normal $15 - 25$), **Anti TPO: 844**, T3 und T4 im Normbereich (mit 100 L-Thyroxin). Es erfolgt die Cholecalciferol- und Progesteron- Substitution (Vigantol-Öl, morgens 7 Tropfen auf die Zunge plus Utrogest, vaginal, 3 mal 2 / Tag) bis Ende der 16. Schwangerschaftswoche. In der 9. Schwangerschaftswoche: Cholecalciferol im Serum befriedigend ($50 - 70 \text{ ng / ml}$), Progesteron im Serum $25,3 \text{ ng / ml}$ (normal $20 - 29$), **Anti-TPO schon rückläufig: 721 (!)**, T3 und T4 weiterhin normal (mit 100 L-Thyroxin). In der 13. Schwangerschaftswoche Progesteron im Serum 38 ng / ml (normal $35 - 50$), Cholecalciferol im Serum gut ($> 70 \text{ ng / ml}$) **Anti-TPO stark gesunken: 335**, T3 und T4 normal (mit 100 L-Thyroxin).

Fazit: M. Hashimoto geht mit chronischem Cholecalciferol- und Progesteronmangel einher, führte zu drei Aborten, bei Cholecalciferol- und Progesteron-Substitution in der Frühschwangerschaft bessern sich sofort die Anti- TPO-Serum-Werte.

Fallbeispiel 2:

Frau P. M., 31 Jahre alt, 4. Gravida 0. Para, Zustand nach drei Aborten, seit Jahren Morbus Hashimoto bekannt. Sie ist nun wieder schwanger. In der 6. Schwangerschaftswoche: **Cholecalciferol im Serum $< 30 \text{ ng / ml}$** , Progesteron im Serum $2,5 \text{ ng / ml}$ (normal $15 - 25$), **Anti TPO: 1450**, T3, T4 normal (mit 125 L-Thyroxin). Es erfolgt **Cholecalciferol- und Progesteron-Substitution** mit Vigantol-Öl (7 Tropfen sublingual/ Tag plus Utrogest vaginal, 3 mal 2 / Tag) bis 16. SSW). In der 8. Schwangerschaftswoche: **Cholecalciferol befriedigend ($50 - 70 \text{ ng / ml}$)**, Progesteron im Serum $16,8 \text{ ng / ml}$ (normal $17 - 24$), **Anti-TPO: 844 (!)** T3, T4 normal (mit 125 L-Thyroxin). In der 13. Schwangerschaftswoche: **Cholecalciferol gut ($70 - 90 \text{ ng / ml}$)**, Progesteron im Serum hochnormal $41,3 \text{ ng / ml}$ (normal $28 - 34$). **Anti-TPO stark gesunken: 520 (!)**. T3 und T4 normal (mit 100 L-Thyroxin)

Fazit: M. Hashimoto kann mit chronischem Cholecalciferol- und Progesteronmangel einhergehen. In diesem Fall führte der M. Hashimoto in Verbindung mit Cholecalciferol- und Progesteronmangel zu drei Aborten, bei Cholecalciferol- und Progesteron- Substitution in der Frühschwangerschaft besserten sich die Anti-TPO-Serum-Werte.

Steigende Anti-TPO

Bei den meisten Schwangeren mit M. Hashimoto liegt ein extremer **Cholecalciferol- und Progesteron-Mangel** vor. Beide müssen labor-kontrolliert z. T. sehr hoch substituiert werden. Schnell steigende Anti-TPO-Serum-Werte und rasch fallende Thyroxin-Serum- Werte führen oft zu einem **erheblichen Thyroxin-Mehrbedarf**. Wenn nicht gleichzeitig in der Frühschwangerschaft **Cholecalciferol und Progesteron substituiert** werden, kann es zu Frühaborten kommen.

Fallbeispiel 3:

Frau N.A., 21 Jahre alt, 1. Gravida 0. Para. Seit zwei Jahren bekannte Hypothyreose und bekannter M. Hashimoto. Im Mai 2012 siebte Schwangerschaftswoche SW. Mit $100 \mu\text{g L-Thyroxin}$ / die Freies Trijodthyronin $2,34$ ($2,3-3,5$), Freies Thyroxin $0,79$ ($0,56-1,31$), Anti-TPO $108,30 \text{ IU/ml}$ ($< 9,0$).



Micro Trace Minerals Labor

Über 35 Jahre umweltmedizinische
und toxikologische Untersuchungen

Röhrenstraße 20
D-91217 Hersbruck

Tel +49.[0]9151.4332
Fax +49.[0]9151.2306

info@microtrace.de
www.microtrace.de



Cholecalciferol im Serum < 30 ng / ml. Extremer Progesteron-Mangel im Serum nachgewiesen. **Cholecalciferol- und Progesteron-Substitution** bis zur 15. Schwangerschaftswoche (**10 Tropfen Vigantol Öl sublingual** und 3 mal 2 Utrogest / die). Im November 2012 30. Schwangerschaftswoche: Freies Trijodthyronin 2,24 (2,3 – 3,5), ft4 0,73 (0,56 – 1,31), Anti-TPO 148,3 IU/ml. Eine Steigerung auf 125 µg L-Thyroxin / die ist notwendig. Trotzdem steigende Anti-TPO. Nachgewiesener erhöhter Thyroxin- Bedarf. Bei Laborkontrollen konstant Cholecalciferol-Mangel. Mit täglich **15 Tropfen Vigantol Öl sublingual Cholecalciferol befriedigend (50 – 70 ng / ml).**

Fazit: Sehr oft kommt es bei Patientinnen mit M. Hashimoto in der Schwangerschaft zu steigenden SD-Antikörpern und einem massiv erhöhten Thyroxin- Bedarf. Diese Schwangeren haben ein deutlich erhöhtes Abortrisiko (!!). Wenn wir bei diesem Kollektiv Cholecalciferol- und Progesteron-Serum-Werte bestimmen, so haben diese Schwangeren sehr oft einen besonders ausgeprägten - Mangel.

Erweiterte Diagnostik:

Ganz entscheidend ist eine ausführliche Anamnese mit Erfassen aller möglicher Symptome: Stress, Psyche, Leistungsfähigkeit, Schlaf, etc. Wichtig ist die exakte körperliche Untersuchung einschließlich Schilddrüsen-Sonographie, Volumen-Messung, SD_Doppler etc., bei pathologischen Befunden (Knoten etc.) ggf. weiterführende Diagnostik. Bei der Labor-Analytik ist die Bestimmung der SD-Werte unerlässlich: TSH, T3, **T4, Anti-TPO und TRAK**. Außerdem **Cholecalciferol- und Progesteron-Serum- Spiegel** (möglichst am 21. von 28. Zyklustagen), Östradiol (möglichst am 14. von 28. Zyklustagen), DHEAS, Cortisol, Serotonin, Homocystein, Vitamin D3, Selen. Zur Beurteilung der immunologischen Situation kann eine Lymphozyten-Differenzierung sehr aufschlussreich sein.

Substitutions-Therapie:

Im Falle eines Thyroxin Mangels ist die labor- kontrollierte Substitution mit L-Thyroxin notwendig. Bei **Cholecalciferol-Mangel** sollte die **Substitution labor-kontrolliert** und mittels Öl sublingual erfolgen. Eine hochdosierte vaginal Substitution wäre vielleicht effektiver und besser, kann aber mangels Studien derzeit von uns (noch) nicht empfohlen werden. Vor allem bei Progesteron-Mangel muß eine labor-kontrollierte Substitution im hochnormalen Bereich erfolgen. Aufgrund unserer Erfahrungen treten bei dieser **labor-kontrollierten Cholecalciferol- und Progesteron-Substitutions-Therapie** üblicherweise keine nennenswerten Nebenwirkungen auf. Eine **regelmäßige Labor-Kontrolle** halten wir für **absolut erforderlich: Progesteron, Cholecalciferol, ft3, ft4, TSH, Anti- TPO, TRAK, Selen**, individuell, z. B. alle vier Wochen.

Anmerkung: Wir betreuen sehr viele Schwangere mit M. Hashimoto und dadurch deutlich höherem Abort- Risiko. Diese Schwangeren haben ein extrem hohes Risiko für Cholecalciferol-, Progesteron- und Thyroxin-Mangel. Bei jenen Schwangeren mit M. Hashimoto, die anamnestisch schon einige Aborte hinter sich haben, halten wir in der Frühschwangerschaft (5. Schwangerschaftswoche bis 16. Schwangerschaftswoche) eine wöchentliche Labor- Kontrolle und hochnormale Substitution von Cholecalciferol, Progesteron und Thyroxin (!!) für nötig.

Weitere Fallbeispiele aus der Praxis:

Fallbeispiel 4:

Frau L. S.-B., geb. 1967, Diagnosen: Uterus myomatosus, Dysmenorrhöe, Metrorrhagien. Bekannter therapieresistenter M. Hashimoto. Chronisch hohe Anti-TPO-Werte. Normale T3, T4-Werte (mit 150 µg/ die Thyroxin). Leistungsverminderung, Müdigkeit. **Labor vor Therapie** (3. Quartal 2010): (14. und 21. Zyklustag) **Cholecalciferol im Serum < 30 ng / ml**. Östrogen-Dominanz: E 1 und E 2 (14. ZT) massiv erhöht. Extremer Progesteron- Mangel (21.ZT) 1,22 ng/ml (Norm 25 – 27 ng/ ml). T3 und T4 normal (mit Thyroxin). Anti-TPO (28.9.2010) 95,4 IU/ml (Norm: < 9 IU/ml).

Zusätzliche Therapie: Cholecalciferol-Substitution (Vigantol-Öl, sublingual, 10 Tropfen/die) und **Progesteron-Substitution (Progesteron-Salbe 10%, abends, 2. Zyklushälfte)**. **Labor nach Therapie** (1. Quartal 2011): E1 und E2 (14. ZT) im Normbereich, Progesteron (21. ZT) im Normbereich (25 ng/ml, Norm 25 – 27 ng/ ml), **Cholecalciferol im Serum befriedigend (50 – 70 ng / ml)** T3 und T4 normal.



Micro Trace Minerals Labor

Über 35 Jahre umweltmedizinische
und toxikologische Untersuchungen

Röhrenstraße 20
D-91217 Hersbruck

Tel +49.[0]9151.4332
Fax +49.[0]9151.2306

info@microtrace.de
www.microtrace.de



Anti-TPO erstmals halb so hoch (48,4 IU/ml, Norm: < 9 IU/ml).

Effekte: Bei Fortsetzung der **Cholecalciferol-Substitution** (Vigantol-Öl, sublingual, 10 Tropfen/die) und **Progesteron-Substitution** (**Progesteron-Salbe** 10%, abends, 2. Zyklushälfte) Myome sonographisch kleiner, doppler-sonographisch weniger durchblutet. Zyklus normal. Keine Dysmenorrhöe mehr. Leistung besser, voller Erfolg.

Follow up: (2. Quartal 2012): Zyklus regelmäßig, **gute Cholecalciferol-Serum-Werte (70 – 90 ng / ml)** optimale Progesteron- Werte (2. Zyklushälfte). T3, T4 normal. Dysmenorrhöe minimal. Myome nach wie vor kleiner. Operation konnte vermieden werden. Patientin zufrieden.

Fallbeispiel 5:

Frau C. W., 57 Jahre: Zustand nach Hysterektomie wegen Uterus myomatosus, Metrorrhagien, Anämie (infolge von chronischem Progesteron-Mangel, Östrogen-Dominanz ?). **Vor Therapie** (1/2011): **Cholecalciferol im Serum < 30 ng / ml**. Progesteron im Serum < 0,2 ng/ml, T3, T4 o.k. (mit L-Thyroxin), Anti TPO 161,60, SD-Volumen unterer Norm-Bereich, Selen o.k., Vit. D3 o.k. Depressionen, Antriebslosigkeit.

Therapie: **Cholecalciferol-Substitution** (Vigantol-Öl, sublingual, 10 Tropfen/die), Progesteron-Substitution (mit Naturidentischer Progesteron-Salbe, 5 %, abends, über die Schilddrüse eingegeben).

Verlaufskontrolle: (3/2011): **befriedigende Cholecalciferol-Serum-Werte (50 – 70 ng / ml)** Progesteron im Serum 0,45 ng / ml, Anti TPO 68,40, Psyche viel besser.

Follow up: (8 / 2011): **Cholecalciferol im Serum befriedigend (50 – 70 ng / ml)** Anti TPO < 9 (= o.k.) SD-Volumen idem. Psyche stabil. Patientin sehr zufrieden.

Diskussion:

Es spricht vieles dafür, dass Cholecalciferol- und Progesteron-Mangel bei gleichzeitiger Östrogen-Dominanz M. Hashimoto fördern können. Auch Stress, Immun-Defizit, Selen-, Zink- und können die Symptomatik verstärken. **Cholecalciferol** und Progesteron können die Schilddrüsen- Funktionen stabilisieren. Die Schilddrüse verfügt über Cholecalciferol-, Progesteron- und Östrogen-Rezeptoren [Van Hoesen, K.H.; Menendez-Botet, C.J.; Strong, E.W.; Huvos, A.G. (1993)] Schilddrüsen-Krankheiten können die Beschaffenheit dieser Rezeptoren ändern. Beispielsweise kann es beim Papillären SD-Karzinom zu einer veränderten Expression der Thyroxin-, Cholecalciferol-, Progesteron-, Östrogen-Rezeptoren kommen. Die Schilddrüse hat nach J. Huber, Wien, sogenannte gewebe-ständige Lymphozyten die den Langerhans'sche Zellen entsprechen und durch Progesteron und vermutlich auch durch Cholecalciferol getriggert werden können. [J. Huber, Menopause- Kongress, Wien (2012)]

Konsequenzen für Schwangere:

Dies kann zum Beispiel in der **Geburtshilfe enorme Konsequenzen** haben. Wir betreuen viele **Risikoschwangere**. Viele davon haben M. Hashimoto. Das wird bisher viel zu wenig berücksichtigt. Aufgrund unserer Erfahrungen haben die meisten Schwangeren mit **M. Hashimoto** einen extremen **Cholecalciferol- und Progesteron-Mangel**. Beides sollte labor-kontrolliert hochnormal substituiert werden. Schnell steigende Anti-TPO-Serum-Werte und rasch fallende Thyroxin-Serum- Werte führen oft zu einem **erheblichen Thyroxin-Mehrbedarf**. Wenn nicht gleichzeitig in der Frühschwangerschaft **Cholecalciferol und Progesteron substituiert** werden, kann es zu Frühaborten kommen.

Wir betreuen sehr viele **Schwangere mit M. Hashimoto** und dadurch **deutlich höherem Abort-Risiko**. Diese Schwangeren haben ein **extrem hohes Risiko** für **Cholecalciferol-, Progesteron- und Thyroxin- Mangel**. Bei jenen Schwangeren mit M. Hashimoto, die anamnestisch schon **einige Aborte** hinter sich haben, halten wir in der Frühschwangerschaft (5. Schwangerschaftswoche bis 16. Schwangerschaftswoche) eine **wöchentliche Labor-Kontrolle und hochnormale Substitution von Cholecalciferol, Progesteron und Thyroxin (!)** für nötig.

Konsequenzen in der Frauenheilkunde:

Viele Frauen mit Zyklusstörungen, Meno-, Metrorrhagien, Dysmenorrhöe, Uterus Myomatosus, Endometriose haben gleichzeitig einen **therapieresistenten M. Hashimoto**, chronisch hohe Anti-TPO-Werte. Meist ist das **Cholecalciferol im Serum < 30 ng / ml**, ein extremer **Progesteron-Mangel** (21.



Micro Trace Minerals Labor

Über 35 Jahre umweltmedizinische
und toxikologische Untersuchungen

Röhrenstraße 20
D-91217 Hersbruck

Tel +49.[0]9151.4332
Fax +49.[0]9151.2306

info@microtrace.de
www.microtrace.de



ZT) ist nachweisbar und eine gleichzeitige Östrogen-Dominanz. Viele dieser Frauen klagen über massive Leistungsverminderung, Müdigkeit, Depressivität und Schlaflosigkeit. Hier ist eine **Labor-Kontrolle** von Cholecalciferol, Progesteron und Thyroxin absolut notwendig. Eine **hochnormale Substitution von Cholecalciferol, Progesteron und Thyroxin** wirkt oft Wunder. Nicht nur die Produktion von SD-Antikörpern kann verhindert werden. Der Zyklus normalisiert sich, die therapieresistenten chronischen Schmerzen werden erträglicher. Und **Begleit-Symptome** lassen sich gut beeinflussen: Sehr viele Patientinnen äußern auf Befragen, dass sich durch die Therapie auch **Schlaf, Stimmung** sowie **körperliche und seelische Belastbarkeit** bessern.

Die Autor(inn)en:

Prof. Dr. med. Claus Schulte-Uebbing, Frauenarzt, Onkologie, Immunologie, Endokrinologie, München

Umweltmedizinisches Therapiezentrum am Dom, München

Weinstr. 7a, 80333 München

info@dr-schulte-uebbing.de

2. Dr. med. Siegfried Schlett, Arzt und Apotheker
3. Univ. Prof. Dr. med. Ioan Doru Craiut, Frauenarzt
4. Prof. Dr. med Liana Antal, Frauenärztin
5. Dr. med. Horia Olah, Frauenarzt
6. Cand. Med. Lisa Craiut

Literatur- Auswahl:

Auinger et al.: (2010) Autoimmunthyreoiditis (chronisch lymphozytäre Thyreoiditis, Hashimoto Thyreoiditis). Schilddrüsen Konsens Wien- Niederösterreich, Fachgruppe Nuklearmedizin, Wien und NÖ

Bocchetta, A. et al. (2001): Ten-year follow-up of thyroid function in lithium patients. J Clin Psychopharmacol, 21(6), 594-8),

Chistiakov, D. A. (2005): Immunogenetics of Hashimoto's thyroiditis, Journal of Autoimmune Diseases 2:1

Cleare, A. J. et al. (1995): Neuroendocrine evidence for an association between hypothyroidism, reduced central 5-HT activity and depression. Clin Endocrinol (Oxf), 43(6), 713- 9)

Dibbelt, L., C. Schulte-uebbing, E. Kuss: Inhibition of Human Placental Glutathione-S-Transferase by Steroids, Placenta, 1/1987

Dibbelt, L., C. Schulte-uebbing, E. Kuss: Human Placental Glutathione-S-Transferase: Interactions with Steroids, Biol.Chem.Hoppe-Seyler, Vol.369, pp.23-28, January 1988

Dibbelt, L., C. Schulte-uebbing, E. Kuss: Steroids as Inhibitors of Human Placental Glutathione-S-Transferase by Steroids, „Placenta-Kongreß, Aachen, 1986

Duntas, L. H. et al. (2003): Effects of a six month treatment with selenomethionine in patients with autoimmune thyroiditis. Eur J Endocrinol, 148(4), 389-93)

Gärtner, R.: Hat Jod eine Bedeutung in der Prävention und adjuvanten Therapie von Brustkrebs? DZO 2009, 41(2): 53-56

Gärtner, R. et al. (2002). Selenium supplementation in patients with autoimmune thyroiditis decreases thyroid peroxidase antibodies concentrations. J Clin Endocrinol Metab, 87(4), 1687-91

Gerhard, I., C. Schulte-Uebbing: Hochdosiertes vaginales Vitamin D gegen Cervizitis und Dysplasien,



Micro Trace Minerals Labor

Über 35 Jahre umweltmedizinische
und toxikologische Untersuchungen

Röhrenstraße 20
D-91217 Hersbruck

Tel +49.[0]9151.4332
Fax +49.[0]9151.2306

info@microtrace.de
www.microtrace.de



Netzwerk Frauengesundheit, 3/ 2011

Gerhard, Ingrid, C. Schulte-Uebbing: Hashimoto Thyroiditis – Ganzheitliche Therapie, Netzwerk Frauengesundheit, 10 - 2012

Gerhard, I., C. Schulte-Uebbing: Neue Erkenntnisse über Vitamin D und Hilfe bei Scheidenentzündungen, Netzwerk Frauengesundheit, 7 / 2012

Glinioer D: The regulation of thyroid function in pregnancy: pathways of endocrine adaptation from physiology to pathology. Endocr. Rev 18, 404 - 4332.

Glinioer D Thyroid immunity, thyroid dysfunction, and the risk of miscarriage, Reprod Immunol 43, 202 – 203 (Editorial)5.Prummel MF, Wiersinga WM Thyroid autoimmunity and miscarriage. Eur J Endocrinol 150, 751 – 755

Guttormsen, A. B. et al. (1996). Determinants and vitamin responsiveness of intermediate hyperhomocysteinemia

Hashimoto, Haku: endocrinólogo japonés. En " Zur Kenntnis der lymphomatösen Veränderung der Schilddrüse. Struma lymphomatosa". (Archiv für Klinische Chirurgie, Bd.97/1912, 219 a 248

Huber, Johannes: Menopause- Kongress, Wien 12/ 2012

Jurczynska, J. & Zieleniewski, W. (2004). Clinical implications of occurrence of antithyroid antibodies in pregnant women and in the postpartum period]. Przegl Lek, 61(8), 864-7

Meyer, H.H.D. (1994): Hormonrezeptoren: Überträger der Hormonwirkung in den Zielzellen, In: F. Döcke, Veterinärmedizinische Endokrinologie, 3. Auflage, Gustav Fischer Verlag, Jena, 76-91]

Murakami, M. et al. (1999): Autoimmune thyroid disease induced by interferon therapy, Nippon Rinsho, 57(8), 1779-83

Negro R, Formoso G, Mangieri T, Pezzarossa A, Dazzi D, Hassan H Levothyroxine treatment in euthyroid pregnant women with autoimmune thyroid disease: effects on obstetrical complications. J Endocrinol Metab 91, 2587 - 25914.

Poppe K, Glinioer D: Thyroid autoimmunity and hypothyroidism before and during pregnancy, Hum Reprod Update, 9, 149 – 161

Rasooly, L. et al. (1996): Iodine-induced autoimmune thyroiditis in NOD-H-2h4 mice. Clin Immunol Immunopathol, 81(3), 287-92.

Rose, N. et al. (2002). Iodine: an environmental trigger of thyroiditis. Autoimmun Rev, 1(1-2), 97-103.

Rose, N. et al. (1997). The role of iodine in autoimmune thyroiditis. Crit Rev Immunol, 17(5-6), 511-7.

Schulte-Uebbing, C.: Angewandte Umweltmedizin, Sonntag (Thieme), Stuttgart, 1995, 440 Seiten (Textbook of Applied Environmental Medicine)

Schulte-Uebbing, C. : Umweltbedingte Frauenkrankheiten, Sonntag (Thieme), Stuttgart, 1994, 405 Seiten (Textbook of Environmental Gynecology)

Schulte-Uebbing, C.: Hashimoto- Thyreoiditis & Östrogendominanz, Zeitschrift Ärzte für Naturheilverfahren, Dezember 2012



Micro Trace Minerals Labor

Über 35 Jahre umweltmedizinische
und toxikologische Untersuchungen

Röhrenstraße 20
D-91217 Hersbruck

Tel +49.[0]9151.4332
Fax +49.[0]9151.2306

info@microtrace.de
www.microtrace.de



Schulte-Uebbing, C., B. Kleine-Gunk, D. Craiut: Morbus Hashimoto, Progesteronmangel, Östrogendominanz, Menopause- Kongress, Universität Wien, 7. – 9.12. 2012

Schulte-Uebbing, C., G. Bumbu, D. Craiut, M. Berechet: Stage I and II Stress Incontinence (SIC) . High dosed Vitamin D may improve effects of local estriol, Int. Congress, International University of Oradea, 14 – 17. November 2012, Baile Felix, Bihor, Romania.

Schulte-Uebbing, C., S. Schlett, B. Kleine-Gunk, D. Craiut, G. Bumbu, KH Rothenberger, H. Olah: Stage I and II Stress Incontinence. High dosed Vitamin D may improve effects of local estriol, 6. Congress of the Romanian Society of Gynecology and Endocrinology, Bucuresti, 22- 24 septembrie 2011, Cercul Militar National. Jurnal de Ginecologie Endocrinologica, Vol. 1, nr 2 – 3, aprilie- septembrie 2011, pp. 34 – 39

Schulte-Uebbing, C.: Höhergradige Endometriose- Die Rolle von Endokrinen Disruptoren und Inflammation, Fachmagazin umwelt medizin gesellschaft, Deutscher Berufsverband der Umweltmediziner DBU, 24; 40 – 43

Schulte-Uebbing, C.: High Dose Vaginal Vitamin D Treatment against Dysplasia (CIN I, II),, Chronical recurrant Cervicitis and Stress Incontinence. Menopause Kongress, University of Vienna, Austria, 11.12.2010

Schulte-Uebbing, C.: Vitamin D in der Gynäkologie, Menopause Kongreß, Wien, 9. – 11.12.2010

Schulte-Uebbing, C., K.H. Rothenberger, G. Bumbu, D. Craiut, L. Szidonia, H. Olah, L. Antal, T. Pop: Endometriosis, an interdisciplinary challenge for gynecologists and urologists, 15. Congress Obs Gyn, Bucarest, 28-30. Oct. 2010. Editura Univeresitara „Carol Davila“, Bucuresti, 2010.

Schulte-Uebbing, C., K.H. Rothenberger, G. Bumbu, D. Craiut, L. Szidonia, H. Olah, L. Antal, T. Pop: Endometriosis promoted by inflammations and STD's ?, 15. Congress Obs Gyn, Bucarest, 28-30. Oct. 2010. Editura Univeresitara „Carol Davila“, Bucuresti, 2010.

Schulte-Uebbing, C., S. Schlett: Vitamin D Therapie bei Belastungsinkontinenz, gynäkologie + geburtshilfe, 11- 2010

Schulte-Uebbing, C., S. Schlett: Vaginale Vitamin D Anwendung, Workshop Beckengesundheit, Kongreß für Gynäkolog(inn)en, Ostseebad Damp, 9- 2010

Schulte-Uebbing, C., S. Schlett: Kolpitis und Co – vaginale Vitamin- D- Applikation hilft, gynäkologie und geburtshilfe 3-2010, 02 - 03

Schulte-Uebbing, C.: Umweltmedizinische Aspekte in der Schwangerschafts- und Geburtsmedizin, in: Med- Report, Nr.19, Nov.1990

Schwab, A.: 2010: Untersuchung möglicher Zusammenhänge zwischen Hashimoto-Thyreoiditis, psychischen Störungen und genetischen Varianten des Katecholamin-, Serotonin- und Folat bzw. Homocystein- Stoffwechsels

Tunbridge, W. M. (2002). Epidemiology and prevention of clinical and subclinical hypothyroidism. Thyroid, 12(10), 839-47.]

Van der pump, M. P. & Tunbridge, W. M. (2002), Epidemiology and prevention of clinical and subclinical hypothyroidism. Thyroid, 12(10), 839-47



Micro Trace Minerals Labor

Über 35 Jahre umweltmedizinische
und toxikologische Untersuchungen

Röhrenstraße 20
D-91217 Hersbruck

Tel +49.[0]9151.4332
Fax +49.[0]9151.2306

info@microtrace.de
www.microtrace.de



Van Hoesen, K.H.; Menendez-Botet, C.J.; Strong, E.W.; Huvos, A.G., 1993, Estrogen and progesterone receptor content in human thyroid disease, Am. J. Clin. Pathol., 99, 175-181,

Zahn, V., C. Schulte-Uebbing: Lehrbuch der Umweltmedizin, UMGewe, Straubing, 1991, 560 Seiten (Textbook of Environmental Medicine).

Zahn, V., C. Schulte-Uebbing: Vorlesungen "Umweltmedizin", Ludwig-Maximilians-Universität, München, 1990-1995

Zahn, V., C. Schulte-Uebbing: Uterus myomatosus und Endometriose- Schadstoffbedingte Gestagen- und Immun-Defizit-Syndrome? Erste Untersuchungsergebnisse zur Belastung mit Schwermetallen und Holzschutzmitteln, Klinikum Straubing, Akademisches Lehrkrankenhaus der Technischen Universität München, 1994

Zahn, V., C. Schulte-Uebbing: Sterilität aus umweltmedizinischer Sicht, LMU München, 1992

Zahn, V., C. Schulte-Uebbing: Schwermetall- Metabolismus bei Endokrinologischen Krankheiten, Workshop, Frankfurt, 3- 1990

Zahn, V., C. Schulte-Uebbing: Sterilität aus umweltmedizinischer Sicht, Ludwig-Maximilians-Universität, München, 1992

Zahn, V., C. Schulte-Uebbing: Umweltmedizinische Aspekte habitueller Aborte, Ludwig-Maximilians-Universität, München, 1992

Vit- D- Publikationen des Autors (Auswahl)

SCHULTE-UEBBING, C., SCHLETT, S.: Vitamin D bei PAP III D und Zervizitis, Deutsche Zeitschrift für Onkologie (German Journal of Oncology) 42; 2010, 118 – 122

SCHULTE-UEBBING, C., SCHLETT, S.: Kolpitis und Co. – vaginale Vitamin-D Applikation hilft. Gynäkologie und Geburtshilfe , 2010, 02 – 03.

SCHULTE-UEBBING, C., BUMBU, G., CRAIUT, D., BERECHET, M.: Stage I and II Stress Incontinence (SIC) . High dosed Vitamin D may improve effects of local estriol, Int. Congress, International University of Oradea, 14 – 17. November 2012, Baile Felix, Bihor, Romania.

SCHULTE-UEBBING, C., I. GERHARD: Neue Erkenntnisse über Vitamin D und Hilfe bei Scheidenentzündungen, Netzwerk Frauengesundheit, 7 / 2012

SCHULTE-UEBBING, C., D. CRAIUT, H.OLAH, L.ANTAL, G.BUMBU, KH ROTHENBERGER, A.HOFSTETTER: Vitamin D Substitution and Treatment in Menopause and in Anti Aging Medicine, Anti Aging Symposion, University of Oradea, 23.11. 2011

SCHULTE-UEBBING, C., S. SCHLETT, B. KLEINE-GUNK, D. CRAIUT, G. BUMBU, KH ROTHENBERGER, H. OLAH: Stage I and II Stress Incontinence. High dosed Vitamin D may improve effects of local estriol, 6. Congress of the Romanian Society of Gynecology and Endocrinology, Bucuresti, 22- 24 septembrie 2011, Cercul Militar National. Jurnal de Ginecologie Endocrinologica, Vol. 1, nr 2 – 3, aprilie- septembrie 2011, pp. 34 – 39

SCHULTE-UEBBING, C., S. SCHLETT, D.CRAIUT, L.ANTAL, H. OLAH (Withdrawn publication): Chronical vaginal infections and dysplasia (CIN I, II), vaginal vitamin D (high dose) treatment, a new effective method, Arch Gyn Obs., Springer, DOI 10. 1007/s 00404-011, 1842-9, 2011 [The authors have withdrawn this publication because there was missing a warning for pregnant women]



Micro Trace Minerals Labor

Über 35 Jahre umweltmedizinische
und toxikologische Untersuchungen

Röhrenstraße 20
D-91217 Hersbruck

Tel +49.[0]9151.4332
Fax +49.[0]9151.2306

info@microtrace.de
www.microtrace.de



SCHULTE-UEBBING, C.: Vitamin D in der Gynäkologie, Congress, German Society Anti Aging Medicine GSAAM, 13. und 14. Mai 2011, München, Gasteig

SCHULTE-UEBBING, C., I. GERHARD: Hochdosiertes vaginales Vitamin D gegen Cervizitis und Dysplasien, Netzwerk Frauengesundheit, 3/ 2011

SCHULTE-UEBBING, C.: Östriol und Vitamin D intravaginal bessern Stressinkontinenz, Studie mit 60 Patientinnen, Privatarzt, 2- 2011, S. 32

SCHULTE-UEBBING, C.: High Dose Vaginal Vitamin D Treatment against Dysplasia (CIN I, II),, Chronical recurrant Cervicitis and Stress Incontinance. Menopause Kongress, University of Vienna, Austria, 11.12.2010

SCHULTE-UEBBING, C.: Vitamin D in der Gynäkologie, Menopause Kongreß, Wien, 9. – 11.12.2010

SCHULTE-UEBBING, C., S. SCHLETT: Vitamin D Therapie bei Belastungsinkontinenz, gynäkologie + geburtshilfe, 11- 2010

SCHULTE-UEBBING, C., S. SCHLETT: Vaginale Vitamin D Anwendung, Workshop Beckengesundheit, Kongreß für Gynäkolog(inn)en, Ostseebad Damp, 9- 2010

Ihre Mitarbeit

Wenn Sie Informationen für unser Newsletter haben, würden wir uns freuen von Ihnen zu hören. Sollten Sie spezifische Themenwünsche haben, bitten wir um Nachricht. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Wir wünschen Ihnen und Ihren Mitarbeitern einen sonnigen Herbst.

Ihre

E.Blaurock-Busch und Team