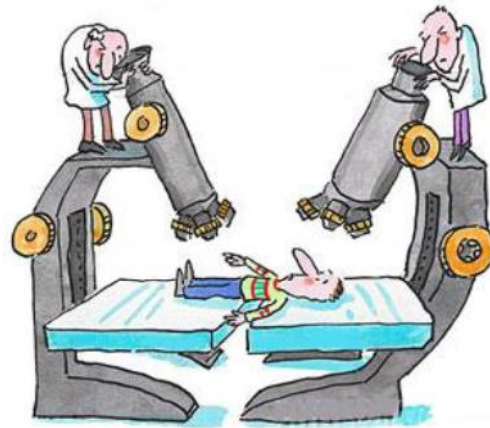


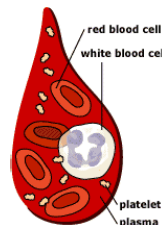
Patofyziologie krve a krvinek I

Hematopoeza
Poruchy červené krevní řady



Vymezení oboru hematologie

- zabývá se patologií krve a krvinek orgánů
 - (1) nedostatek krvinek elementů
 - anemie
 - leukopenie
 - trombocytopenie
 - lymfopenie
 - pancytopenie
 - (2) nadbytek krvinek elementů (polycytémie resp. polyglobulie)
 - hematologické malignity
 - reaktivní stavy
 - (3) poruchy kr. srážení
 - krvácivé stavy
 - trombotické stavy



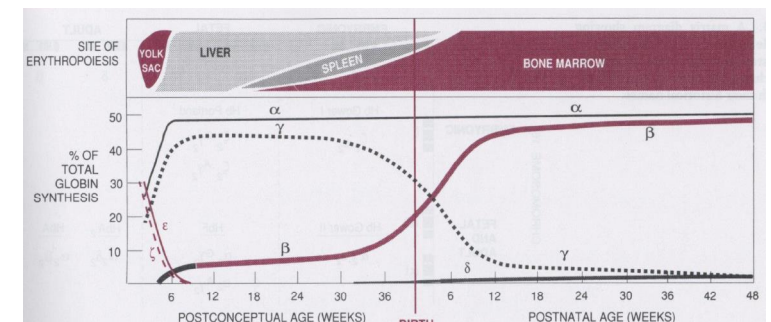
Fyziologické funkce krve

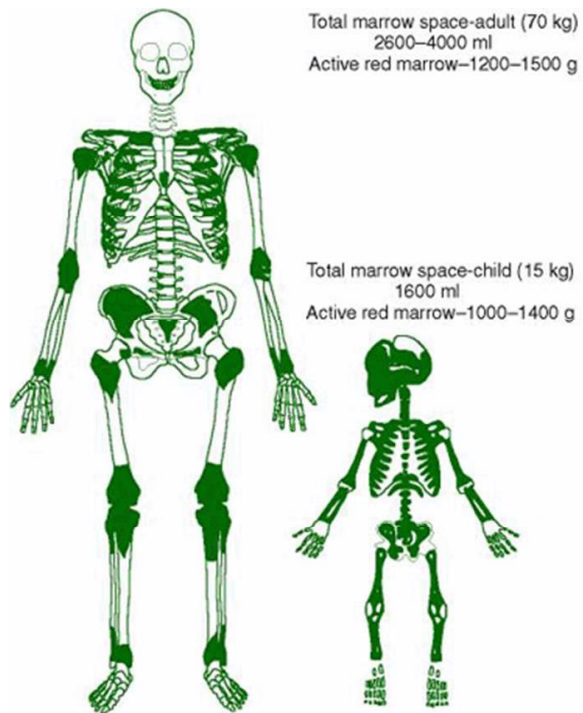
- zajišťuje komunikaci mezi všemi tkáněmi – nutně v tekutém stavu
 - reologické vlastnosti krve
 - hematokrit, viskozita, tlak, onkotický tlak, ...
- neustálý kontakt s endotelem (celk. plocha ~1000m²)
 - při narušení celistvosti rychlý přechod krve z tekutého do pevného stavu (srážení) aby se zabránilo její ztrátě
 - zpětné obnovení tekutosti (fibrinolýza)
- periferní krev (5 - 6kg)
- krvinek orgány (2.5kg)
 - kostní dřeň
 - lymfatická tkáň
 - lymf. uzliny
 - MALT (slizniční, mucosa-associated lymphatic tissue)
 - slezina
 - tymus
- funkce krve
 - transport látek (volně nebo na nosičích)
 - výměna vody a iontů
 - účast na imunitních reakcích
 - transport kyslíku a CO₂
 - udržování acidobazické rovnováhy



Ontogeneza krvinek

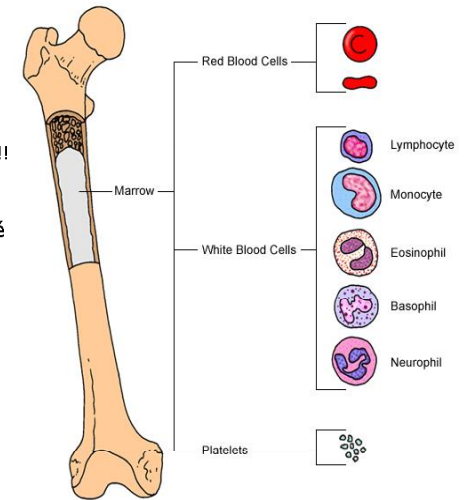
- extraembryonální mezenchym
 - játra: 6. týden - porod
 - slezina, tymus, uzliny: 8.- 16. týden
 - kostní dřeň: 12. týden a dále
- adultní extramedulární hematopoeza je patologická



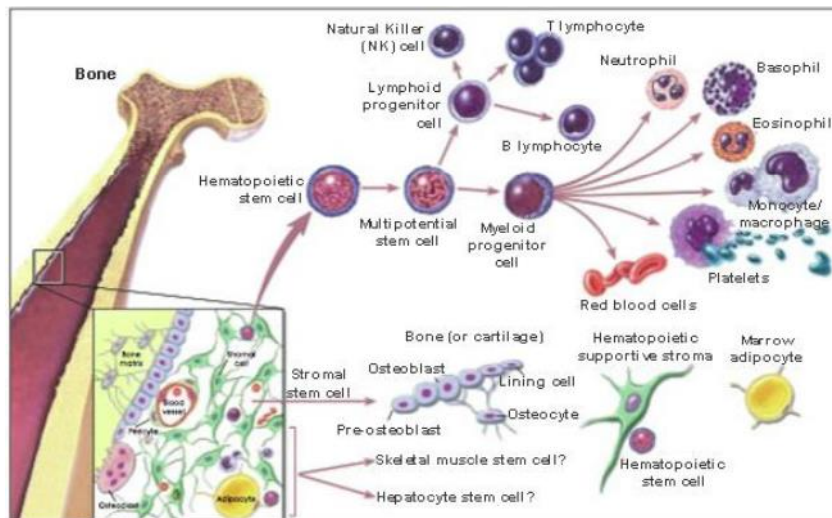


Krvetvorná tkáň = kostní dřeň

- kostní dřeň
 - (1) krvetvorné bb.
 - (2) hematopoetické stroma – nezbytně nutné k normální produkci krevních bb.
 - fibroblasty, adipocyty, makrofágy, T-lymfocyty, vazivo, tuk
- vlastní krvetvorné bb. – kmenové bb.
 - pluripotentní hematopoetické kmenová buňka
 - diferenciace do všech řad + sebeobnova !!!
 - nejasný fenotyp – antigenní klasifikace CD34⁺
 - ve dřeni <0.01%
 - progenitorové (determinované) kmenové bb.
 - nemají schopnost dlouhodobé sebeobnovy
 - nejasný fenotyp – klasifikace podle schopnosti tvořit kolonie (CFU-E, CFU-M, CFU-G, CFU-Meg, ...)
 - prekuzory krevních bb.
 - jasný fenotyp (morfologie, histochemie)
 - ve dřeni ~90%
 - proerytroblast – bazosilní erytroblast – polychromatofilní erytroblast – ortochromní erytroblast – retikulocyt – erytrocyt
 - myeloblast – promyelocyt – myelocyt – metamyelocyt – granulocyt (tyčka)
 - promonocyt – monocyt
 - megakaryoblast – megakaryocyt
- zralé elementy

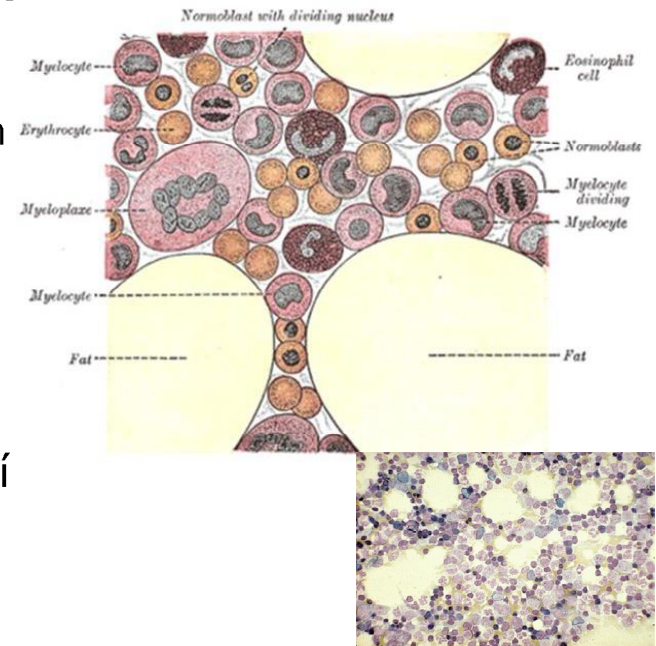


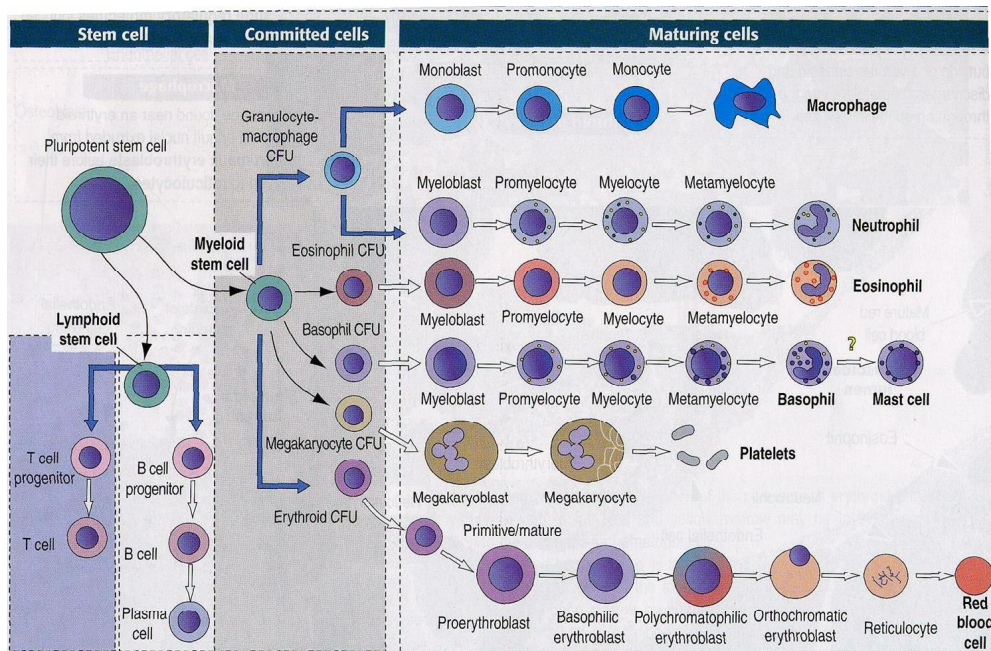
Kostní dřeň – hematopoetické indukční prostředí



Červená kostní dřeň

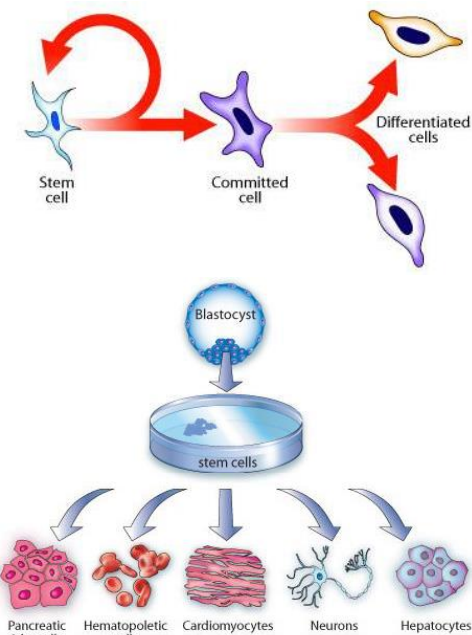
- stroma
 - síť retikulárních vláken a buněk
 - kolagenní vlákna I. a III. typu
 - fibronektin, laminin, hemonektin
- hematogenní provazce
- sinusoidní kapiláry





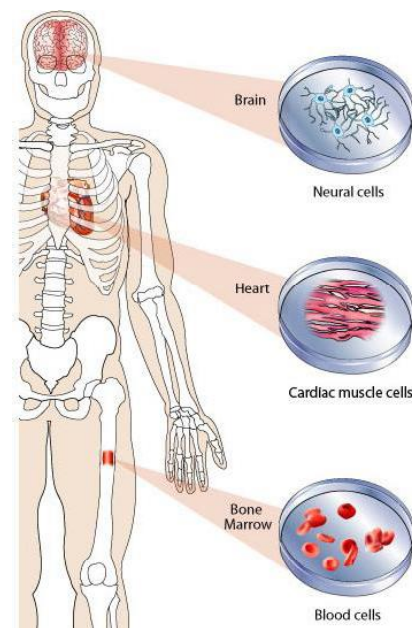
Kmenové buňky

- základními vlastnostmi KB jsou
 - schopnost sebeobnovy
 - produkce specializovaných bb. (regenerace tkání)
- typy KB
 - zralé KB (multipotentní)
 - adultní, somatické
 - jednotlivé KB dávají vznik omezenému repertoáru bb.
 - časné KB (pluripotentní)
 - embryonální (blastocysta)
 - dávají vznik všem typům buněk těla



Somatické kmenové buňky

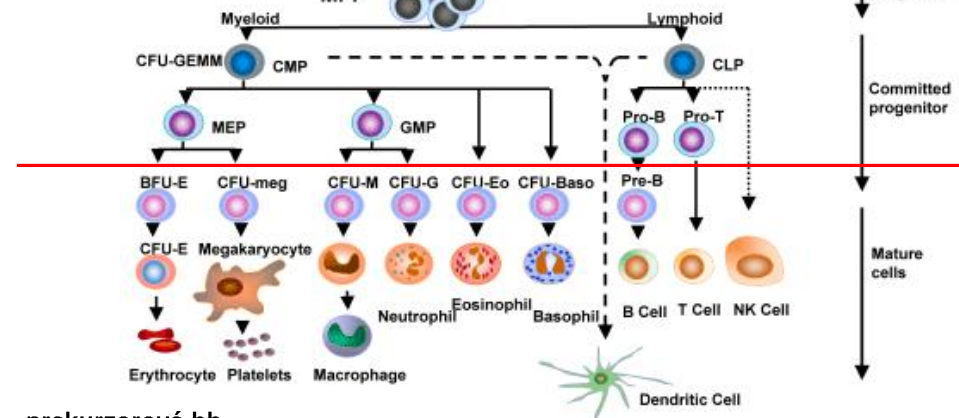
- lokalizovány ve většině tkání těla jako zdroj buněk pro neustálou sebeobnovu a nahrazování
- jsou multipotentní
 - dávají vznik všem bb. konkrétního typu tkáně, ne však jiného (tuto schopnost mají pouze embryonální KB)
- nicméně ukazuje se, že jistá univerzalita je možná



Hmatopoeza

kmenové bb.

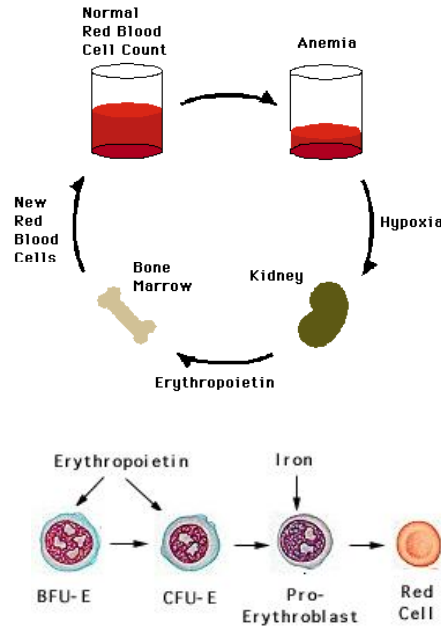
progenitorové bb.



prekurzorové bb.

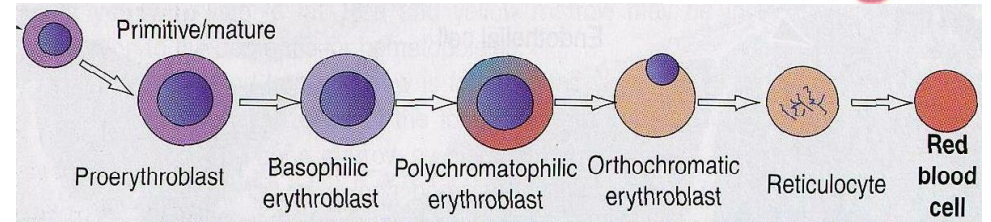
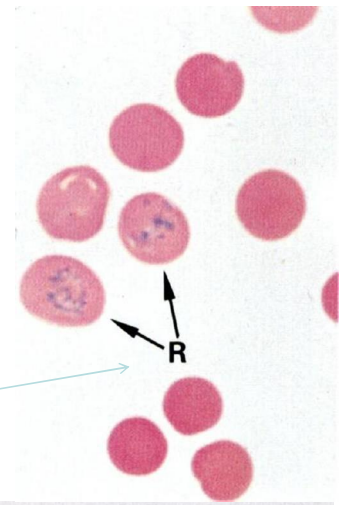
Regulační faktory hematopoezy

- souhra působení faktorů autokrinních, parakrinních a endokrinních
- endokrinní
 - erythropoetin (ledviny)
 - hormon s anti-apoptotickým účinkem
 - zodpovědný za denní produkci 200 x 10⁹ krvinek
 - tvořen v ledvinách (peritubulární buňky kortexu) a odbouráván v játrech
 - poločas v cirkulaci 5 hodin, projev sekrece po 2-3 dnech
 - zvyšuje počet erythropoetin-senzitivních buněk
 - trombopoetin (játra)
- para-/autokrinní
 - hematopoetické růstové faktory (cytokiny)
 - produkované buňkami stromatu
 - např. CSFs (colony-stimulating factors), interleukiny, chemokiny, ...



Vyžívání erytrocytů

- regulace:
- erythropoetin, Fe, kys. listová, vit. B₁₂
- proerythroblast – krajkový chromatin
- bazofilní erythroblast
 - silně bazofilní cytoplazma
 - bazofilní vzhledem k syntéze Hb
- polychromatofilní erythroblast
- ortochromatofilní erythroblast
 - nedělí se
- retikulocyt - vypudil jádro
 - zbytek polyribosomů

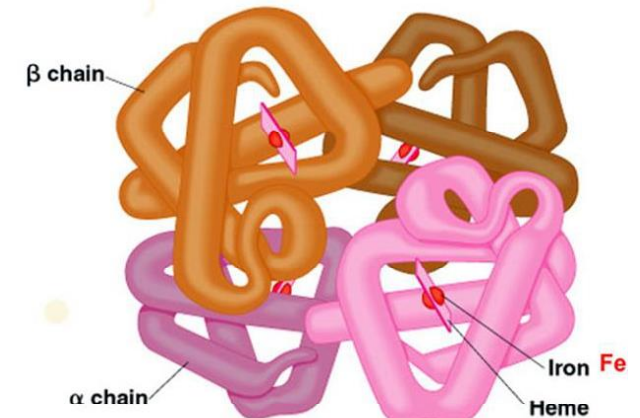


Krevní obraz – ref. hodnoty

	Muži	Ženy
počet Ery [RBC] (×10 ¹² /l)	4.2 – 5.8	3.8 – 5.2
počet Leu [WBC] (×10 ⁹ /l)	5 – 10	
počet Tromb (×10 ⁹ /l)	150 – 400	
hematokrit (%)	0.38 – 0.49	0.35 – 0.46
hemoglobin (g/l)	135 – 175	120 – 168
stř. objem Ery [MCV] (fl)	80 – 95	80 – 95
prům. obsah Hb v Ery [MCH] (pg) <i>MCH = Hb × 10/RBC</i>	27 – 32	27 – 32
prům. konc. Hb [MCHC] <i>MCHC = Hb × 100/hematokrit</i>	0.32 – 0.37	0.32 – 0.37
distribuční šíře Ery [RDW] (%) <i>variance velikosti Ery – míra anizocytózy</i>	11 – 15	

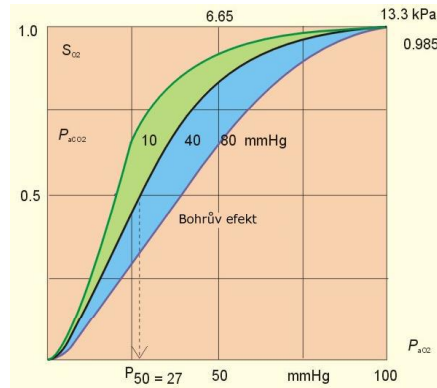
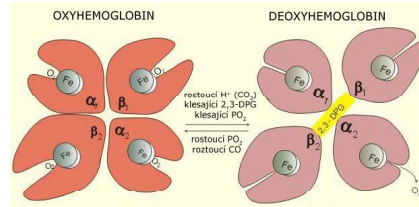
Hemoglobin - transport kyslíku

- 1 molekula Hb
 - 4 globinové řetězce (2 α a 2 β)
 - 4 hemy (+Fe) – 6 vazebných míst (4 na hem, 1 na globin, 1 pro O₂ nebo CO)
- normální koncentrace Hb 140 – 160g/l



Hemoglobin - transport kyslíku

- vazebná kapacita pro kyslík
 - 1g Hb váže 1.34ml O₂
- saturace Hb
 - procento Hb ve formě oxyhemoglobinu
 - normálně 97 – 99% pro arteriální
 - cca 75% venózní
- disociační křivka kyslíku (= vztah mezi pO₂ a saturací Hb)
 - sigmoideální kvůli efektu samotného O₂ na afinitu Hb pro O₂
 - afinita dále ovlivněna pH
 - tj. pCO₂ a H⁺
 - teplotou
 - koncentrací 2,3-DPG
 - meziprodukt anaerobní glykolýzy



Typy hemoglobinu

- Hb dospělých jedinců (HbA)
 - 2α- a 2β-podjednotky
 - HbA1 je hlavní forma Hb u dospělých a dětí starších 7 měsíců
 - HbA2 (2α, 2δ) je minoritní forma Hb u dospělých
 - tvoří pouze 2 – 3% celkového HbA
- Fetální Hb (HbF) = 2α a 2γ podjednotky
 - u fétu a novorozenců → HbF váže O₂ při nižších parciálních tlacích než HbA → HbF má vyšší afinitu ke O₂
 - po narození je HbF nahrazován HbA během několika prvních měsíců života
- Anomální hemoglobiny
 - např. srpkovitý HbS – v β-globinu je v jedné pozici Glu nahrazen Val → porucha deformability → u homozygotů SS srpkovitá anémie
 - CAVE malarie/heterozygotita

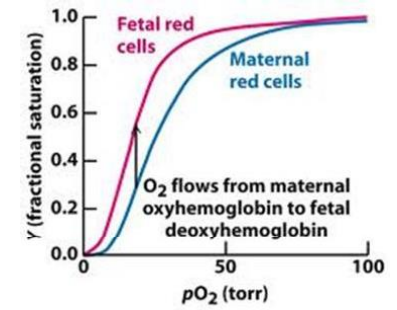
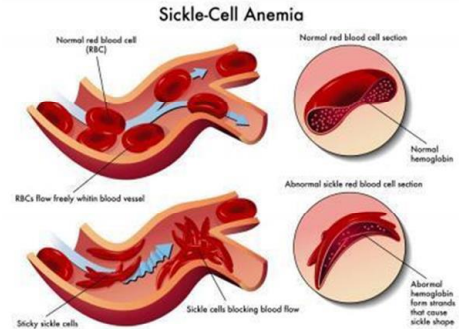
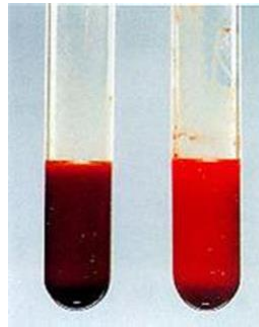


Figure 7.18 Biochemistry, Seventh Edition, © 2012 W. H. Freeman and Company



Deriváty hemoglobinu

- Oxyhemoglobin (oxyHb)
 - Hb s navázaným O₂
- Deoxyhemoglobin (deoxyHb)
 - Hb bez navázaného O₂
- Methemoglobin (metHb)
 - obsahuje Fe³⁺ místo Fe²⁺ v hemových skupinách v důsledku jeho oxidace
 - dusičnany!
 - ztráta afinity pro kyslík
 - reverzibilní, regenerován methemoglobinreduktázami v Ery
 - u dětí nízká aktivita!
 - genet. porucha methemoglobinemie
- Karbonylhemoglobin (HbCO)
 - CO se váže na Fe²⁺ hemu masivně v případě otravy CO nebo mírně při kouření
 - CO má 200x vyšší afinitu k Fe²⁺ než O₂ → fakticky ireverzibilní vazba (příp. nutno hyperbaricky)
- Karbaminohemoglobin (HbCO₂)
 - CO₂ je nekovalentně vázán na globinový řetězec Hb
 - HbCO₂ je zásadní transportní forma CO₂ v krvi (asi 23%)
- Glykovaný hemoglobin (HbA1c)
 - tvořen spontánně neenzymatickou reakcí s Glc
 - marker kompenzace diabetu



Hematokrit

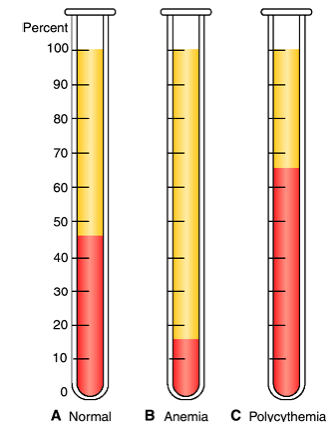
HTK udává **procentuelní zastoupení** formovaných krevních elementů v **objemové jednotce** krve

Normální hodnoty

ženy: 0,35 – 0,46 35 – 46 %
muži: 0,38 – 0,49 38 – 49 %

Snížení: anemie, expanze ECT

Zvýšení: polycytémie, dehydratace



MCV (mean corpuscular volume) střední objem erytrocytu

Normální hodnota = 87,5 fl (80-96fl)

MCV je změněn u různých anomálií erytrocytů (srpkovitá anemie, poikilocytóza (tvar), anisocytóza (velikost) a další). Je využíván k rozlišení normo-, mikro- a makrocytárních anemií

Výpočet: hematokrit $\times 10^3$ / počet ery ($\times 10^{12}$ / 1 litr)

Pozn.: téměř vždy je MCV určen analyzátozem

MCHC (mean corpuscular hemoglobin concentration) střední koncentrace Hb v erytrocytech

Norma = 34 \pm 2 %

zvýšení: hereditární sférocytóza
norma až mírné snížení: makrocytární anemie
snížení: mikrocytární anemie

Výpočet: MCHC = Hb (v g /100 ml krve) $\times 100$ / hematokrit

MCH (mean corpuscular hemoglobin) obsah hemoglobinu v 1 erytrocytu

Norma: 29 pg (28-33pg), 18 fmol

zvýšení: makrocytární anemie
snížení: mikrocytární anemie

Výpočet: MCH=Hb (v g / 100 ml krve) / ery ($\times 10^{12}$ / 1 litr)

Počet retikulocytů

je udáván v % všech buněk červené řady v krvi

Norma: ženy i muži 0,5 – 1,5 %
a) při intravitálním barvení (brilantkresylová modř) je podíl RTC stanoven z nátěru
b) stanovením průtokovou cytometrií jsou udány absolutní hodnoty

Zvýšení: krvácení, hemolýza (kompenzační činnost dřeně)

Snížení až vymizení: útlum erytropoézy, útlum dřeně

Vyšetření kostní dřeně



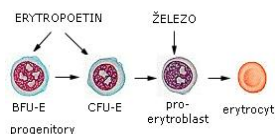
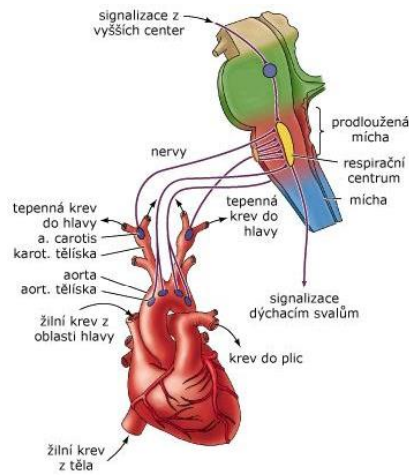
Sternální punkce: z manubria sterni aspirace dřeňové krve umožňuje pouze provést cytologický rozbor (např. cytogenetika, molekulární biologie)

Trepanobiopsie: ze spina iliaca posterior superior : umožňuje kromě aspirace dřeňové krve též získat vzorek kostní tkáně - nezbytné pro provedení histologického rozboru kostní tkáně

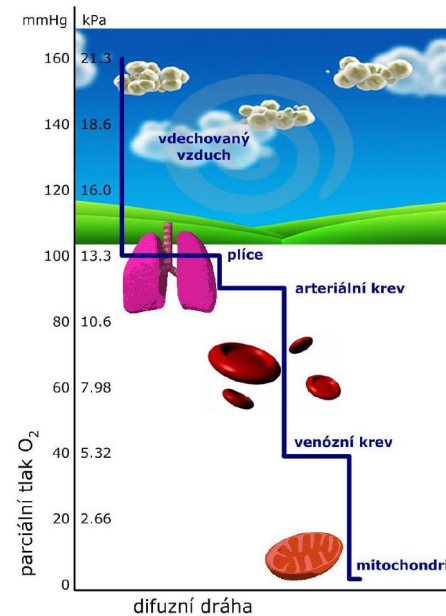


Regulace dodávky kyslíku

- (1) **respirační centrum** (prodloužená mícha) - intenzita dýchání je regulována:
 - centrálními chemoreceptory v prodloužené míše
 - citlivé na změny pCO_2 resp. H^+
 - periferními chemoreceptory - glomus caroticum a aortální tělíska - citlivými na **hypoxii**
 - pokles O_2 uzavírá K^+ kanály → depolarizace → ↑ intracelulární Ca^{++} → excitace → resp. centrum
 - ale v případě, že hypoxie není provázena hyperkapnií, je aktivace resp. centra až při $pO_2 < 7.3$ kPa (55 mmHg)
- (2) **dřeň ledviny**
 - produkce erythropoetinu (EPO) peritubulárními bb. dřeňe ledviny při poklesu pO_2 → aktivace hematopoézy
 - při chron. závažných onemocněních ledvin je produkce EPO snížena a pac. trpí anémií (něco málo EPO je tvořeno rovněž v játrech)



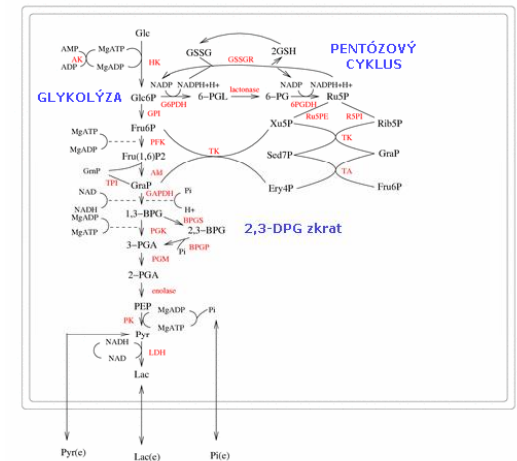
Koncentrační gradient kyslíku



- pO_2 postupně klesá mezi vdechovaným vzduchem a tkáněmi, které jej metabolicky využívají
 - finální akceptor elektronů v dýchacím cyklu mitochondrií
- důvody klesajícího pO_2
 - kompetice s pCO_2 v alveolu
 - porucha ventilace vždy ovlivní pO_2
 - ne-100% difuzibilita přes alveolokapilární membránu v plicích
 - fyzilogický pravo-levý zkrat
 - míchání okysličené a neokysličené krve
 - anatomický a funkční
 - fyzilogický malá část Hb obsazena jinými prvky
 - Met-Hb
 - COHb

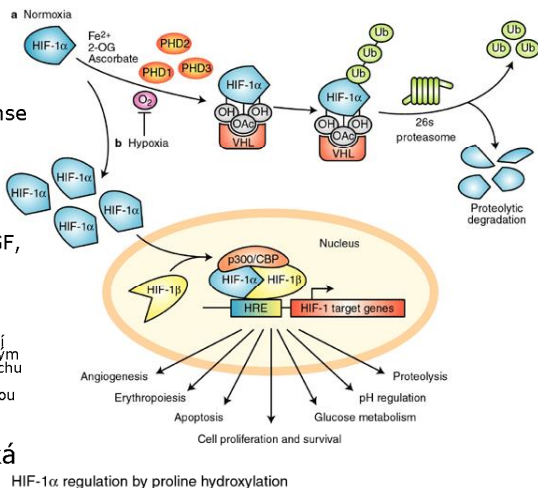
Regulace dodávky kyslíku

- (3) erythrocyty
 - regulace intenzity metabolismu
 - tvorba 2,3-DPG v anaerobní glykolýze → posun disociační křivky Hb
 - ovšem za cenu nevytvoření 2 ATP, pokud trvá hypoxie dlouho, posun zpět
 - lokální regulace – např. sval
 - myoglobin je jistou zásobárnou O_2 , uvolňuje jej pohotověji



Reakce buněk na hypoxii

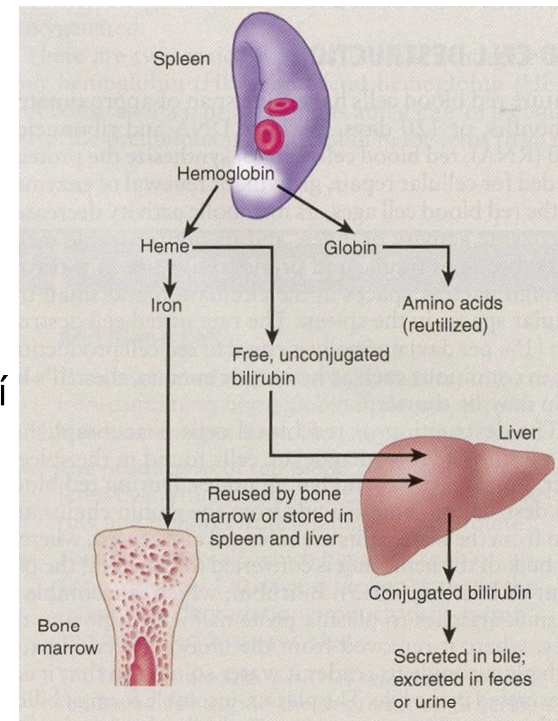
- "kyslíkový senzor" buněk
 - při $pO_2 < 40 \text{ mmHg}$ (5%)
 - \uparrow transkripční faktor HIF-1 (hypoxia-inducible factor)
 - konstitutivní exprese HIF-1 β podjednotky, ale indukovaná exprese HIF-1 α podjednotky
 - po heterodimerizaci se HIF-1 váže na HREs (hypoxia-response elements) cílových genů
- exprese genů pro
 - enzymy zvyšující intenzitu glykolýzy a produkce ATP anaerobní cestou
 - angiogenní faktory (např. VEGF, angiotensin-2) – zvýšení vaskularizace tkání
 - **erytropoetin** – zvýšení počtu erytrocytů
 - erytropoetin ovlivňuje intracelulární signalizaci po interakci se specifickým receptorem lokalizovaným na povrchu buněk – erythropoetický receptor (EPOR) – receptor s tyrozinkinázovou aktivitou
 - pro-apoptické geny
- pokud hypoxie trvá a je kritická vede k zániku buněk
 - nekrózu
 - apoptózu



HIF-1 α regulation by proline hydroxylation

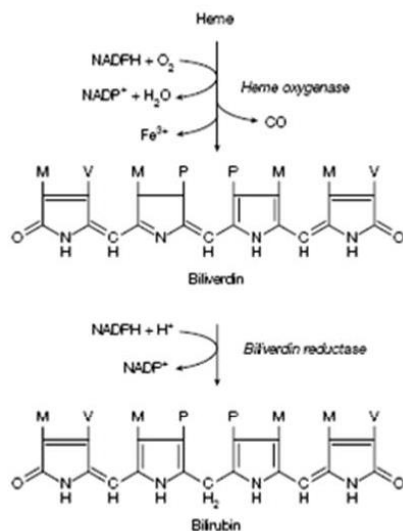
Degradace RBC

- červené krvinky žijí v oběhu asi 120 dní
- staré erythrocyty jsou fagocytovány buňkami retikuloendoteliární soustavy a v nich destruovány
 - vyšší podíl intravaskulární hemolýzy je patologický



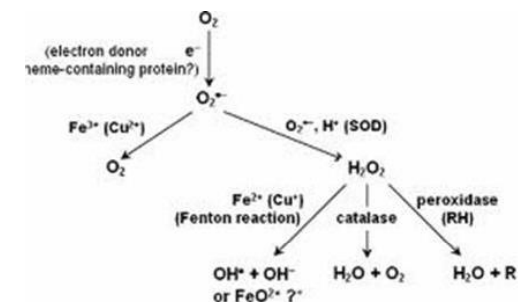
Degradace hemu

- v lidském těle přibližně 100 – 200 mil. ery je degradováno každou hodinu
 - degradace začíná v ER retikuloendoteliálních buněk RES
 - játra, slezina, kostní dřeň
- Hb je degradován na:
- globin \rightarrow aminokyseliny \rightarrow metabolismus
- hem \rightarrow bilirubin
 - $Fe^{2+} \rightarrow$ transport v komplexu s transferinem a další využití v biosyntéze hemu

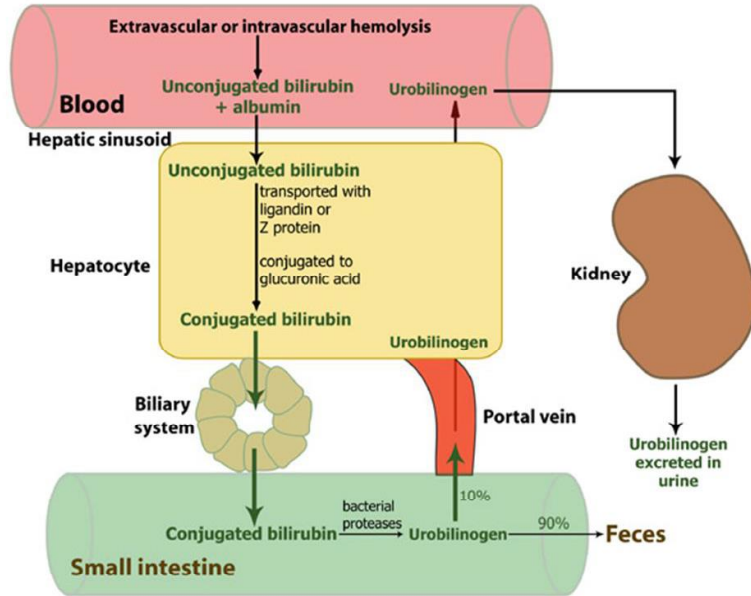


Biologický význam a jeho „trapping“

- význam železa pro přenos kyslíku a ox.- red. děje ve tkáních
 - Fentonova reakce - tvorba hydroxylového radikálu
 - $H_2O_2 + Fe^{2+} \rightarrow HO\cdot + OH^- + Fe^{3+}$
- poškození životně důležitých molekul
 - uvedené reakci brání transferin, který váže volné železo



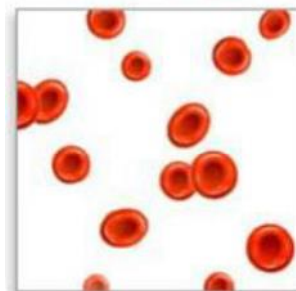
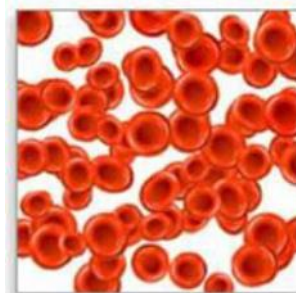
Metabolismus bilirubinu



NEMOCI ČERVENÉ KREVŇÍ ŘADY

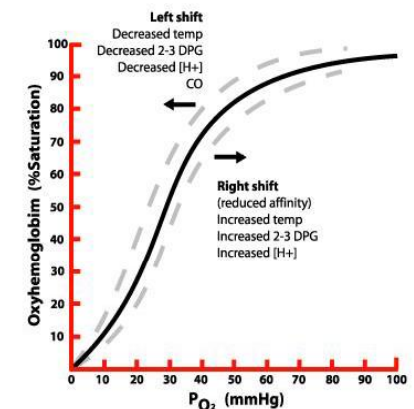
Anemie

- kritéria
 - ↓ množství hemoglobinu – základní kritérium
 - na množství hemoglobinu závisí transportní kapacita krve pro kyslík !!!
 - ↓ hematokrit
 - cave megaloblastová anemie
 - ↓ počet erytrocytů v jednotkovém objemu krve
 - cave hypochromní anemie
- parametry KO se liší mezi pohlavími
- anemie
 - lehká (Hb 110 – 90 g/l)
 - střední (Hb 90 - 60 g/l)
 - těžká (Hb <60 g/l)
- patogeneze anemie
 - regulace erytropoezy
 - [Hb]/O₂ → pO₂ v ledvině → erythropoetin → dřeňová erytropoeza
 - poločas Ery v cirkulaci ~120 dní
 - denní obrat 0.8% (~2×10¹¹, =20ml erymasy)
 - anemie je důsledkem poruchy rovnováhy mezi produkcí/destrukcí Ery
 - (1) snížená produkce
 - (2) zvýšená destrukce
 - (3) kombinace obou mechanismů



Anemický syndrom

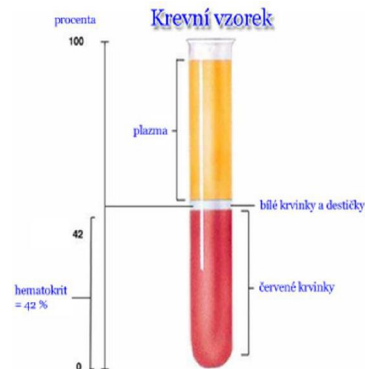
- soubor symptomů
 - bledost kůže a sliznic
 - únava a nevykonnost
 - dyspnoe
 - tachykardie
 - intenzita příznaků závisí na tíži, rychlosti rozvoje a přidruženým onem. (zejm. kardiálním a respiračním)
- kompenzační mechanismy
 - ↑ erytropoeza (+/-)
 - posun disociační křivky Hb doprava
 - zvýš. srdečního výdeje
 - ↓ viskozity - hyperkinetická cirkulace
- vzhledem k poločas a rychlosti obnovy leukocytů a destiček je projev posthemoragické anemie dán zejm. změnami erytrocytární řady
- akutní ztráta 30% volumu (~1500 ml) → cirkulační kolaps, šok (> 50% → smrt)
 - není "emergency" oqol RBC, možné jen uvolnění retikulocytů
 - dřeňová RBC produkce může vzrůst až 8-krát za předpokladu, že je dostatečný přísun Fe
- symptomatologie ale velmi záleží na rychlosti s jakou anemie vznikla!!!



Klasifikace anemií

• morfologická

- počet Ery
- velikost Ery
 - normo-, mikro- a makrocytární
- abnormální tvar Ery
 - např. sferocyty, eliptocyty, poikilocyty, ...
- hemoglobinizace
 - normo- a hypochromní



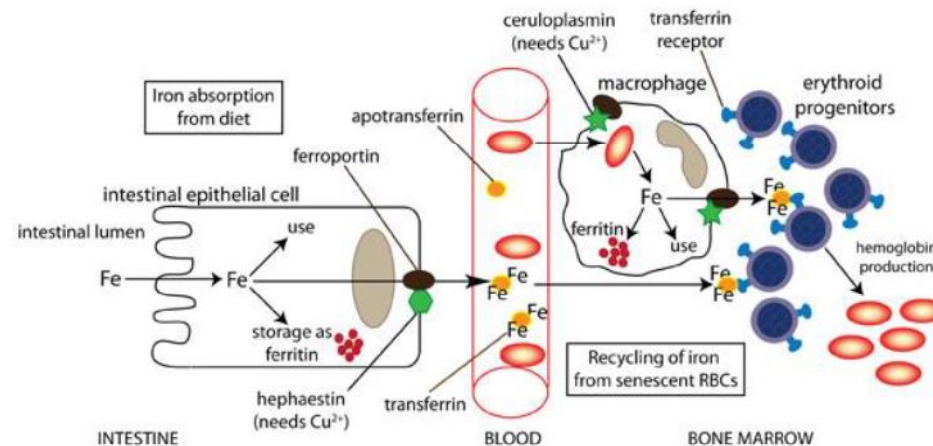
• patogenetická

• snížená produkce

- hypo-/aplastické
- nedostatek kofaktorů
 - Fe (sideropenická)
 - B₁₂ a foláty (megaloblastové)
 - důsledek karence
 - atrofická gastritida (perniciózní anemie) nebo m. Crohn
- neefektivní erythropoeza
- nedostatek nebo rezistence k erythropoetinu
- anémie chronických chorob
 - cytokiny indukovaná

• zvýšené ztráty

- posthemoragické (>500ml)
 - akutní a chronická
- hemolytické
 - korpuskulární
 - poruchy membrány Ery
 - hemoglobinopatie
 - thalasemie
 - enzymopatie
 - extrakorpuskulární
 - toxické
 - autoimunitní (protilátky)
 - infekční (malárie)



METABOLISMUS ŽELEZA

SIDEROPENIE VS. HEMOCHROMATÓZA

Metabolismus Fe a jeho poruchy

• železo je

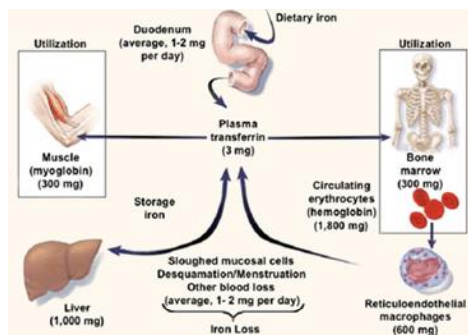
- součástí hemu
- enzymů
 - např. oxidázy, katalázy, peroxidázy, akonitázy, ribonukleotidreduktáz, cytochromů a syntázy oxidu dusnatého

- nutné k přechodu buněk z G1 do S fáze buněčného cyklu
- tvorba ROS v makrofázích (imunita)

• volné Fe velmi reaktivní - katalyzuje Fentonovu reakci

- $Fe^{2+} + H_2O_2 \rightarrow Fe^{3+} + OH\cdot + OH^-$
- kvůli minimalizaci negativních účinků je většina železa v komplexované formě
- s anionty organických kyselin
- ve ferroproteinech
- ve skladové formě jako ferritin (případně hemosiderin)

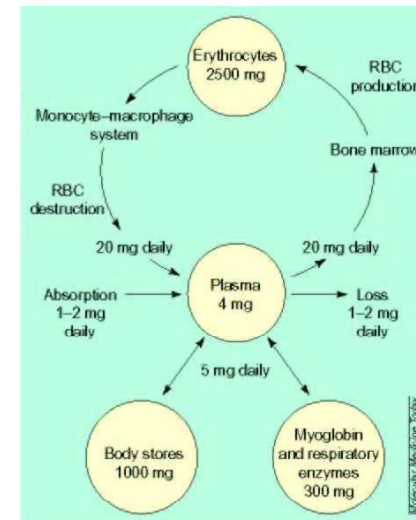
• protože neexistuje mechanismus vylučování železa z těla, je absorpce ve střevě za fyziologických okolností přísně regulována



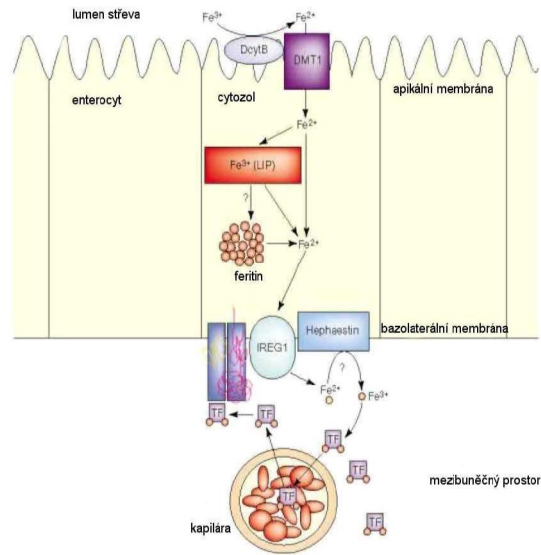
Bilance Fe

• u dospělého 35 – 45mg železa/kg tělesné váhy

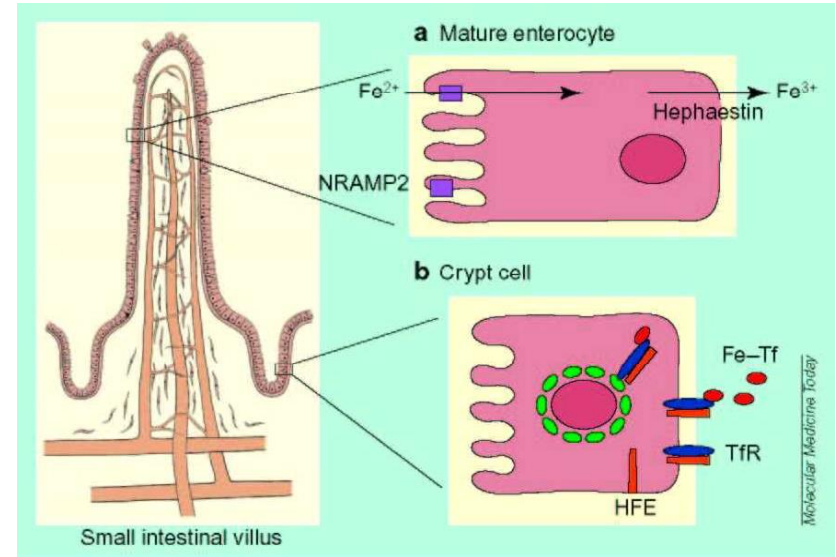
- 60 – 70% je v erythrocytech jako součást Hb
- 10% v myoglobinu, cytochromu a v dalších enzymech obsahujících železo
- 20 – 30% tvoří zásobní železo (ferritin a hemosiderin v hepatocytech a makrofázích)
- množství železa v těle dospělého člověka zůstává během života konstantní, je udržováno rovnováhou mezi příjmem a ztrátami železa
 - běžnou potravou přijímá člověk denně 10 - 20mg
 - do vnitřního prostředí se dostane pouze 5 - 10%
 - průměrné denní ztráty u mužů jsou 0.5-1mg a 1-2mg u žen
- příjem železa (anorganické a hemové)
 - probíhá v duodenu a proximálním jejunu
- cirkulace železa a příjem železa buňkami
 - transferrin - 2 vazebná místa pro Fe³⁺
 - za normálních podmínek (saturace kolem 30%) je poměr diferického a monofेरického transferinu 1:2
 - receptor pro transferrin (TfR1 a 2) na buněčné membráně umožňuje příjem železa do buňky regulovaný jeho momentální potřebou
 - nevíce se vyskytuje na membránách buněk tvořících hemoglobin (erythroblasty) nikoliv však na zralých erythrocytech
- skladování a recyklace
 - hlavním místem skladování železa jsou játra (hepatocyty) a reticuloendotelální systém (RES)
 - buněčný a sérový ferritin (z 4000 atomů; Fe)
 - hemosiderin (degr. produkt)
- vylučování
 - neexistuje fyziologický mechanismus exkrece železa
 - deskvamací buněk sliznice GIT
 - u žen menstruační krvácení



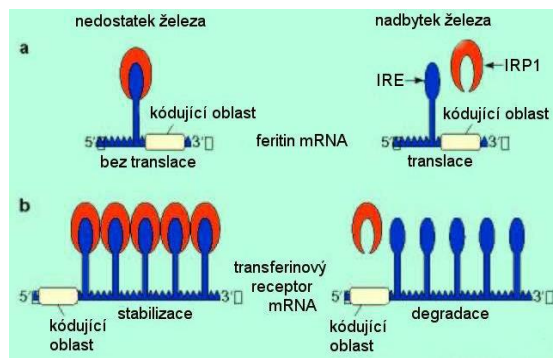
Absorpce Fe v enterocyty a jeho uvolňování do cirkulace



Změny v průběhu maturace enterocyty

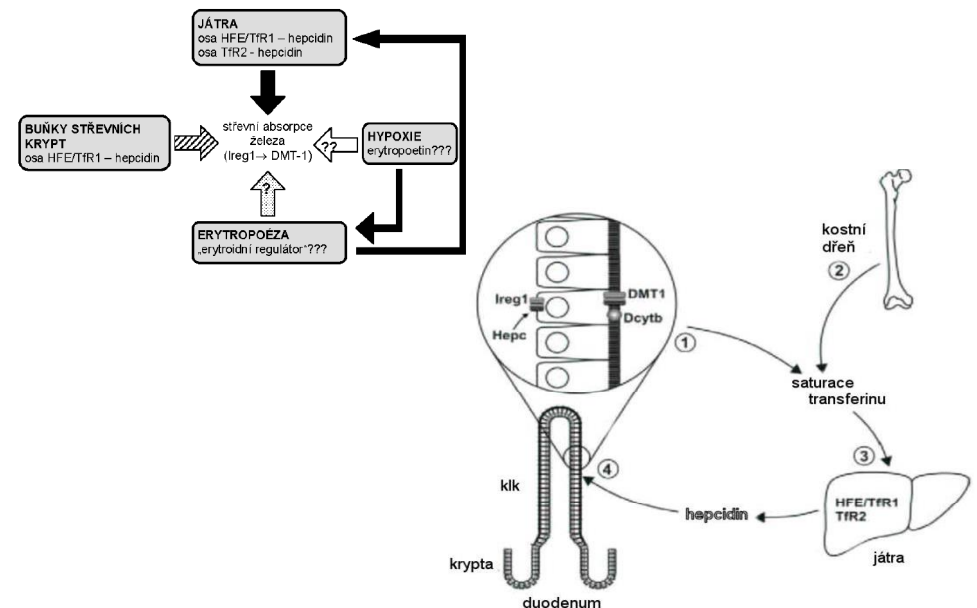


Post-transkripční regulace genové exprese železem



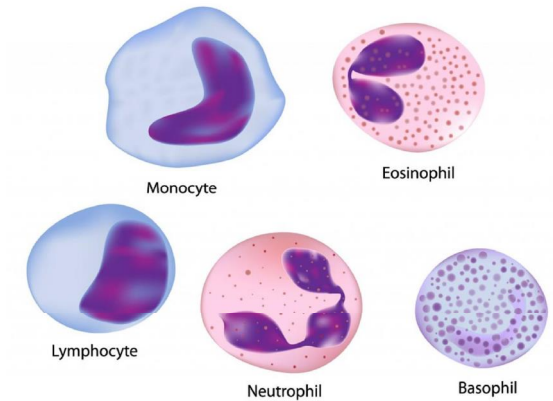
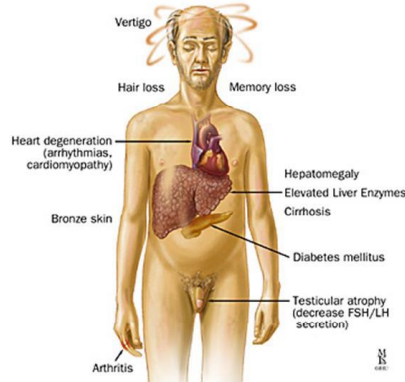
- Fe → vazba na IRP (iron-responsive proteins) → vazba na IRE (iron-responsive elements) na 5'- nebo 3'- oblastech genů → regulace jejich exprese (u některých stimule u jiných naopak represe)
 - 5' IRE
 - např. gen pro ferritin
 - 3' IRE
 - např. gen pro DMT1 a TfR

Regulace metabolismu Fe



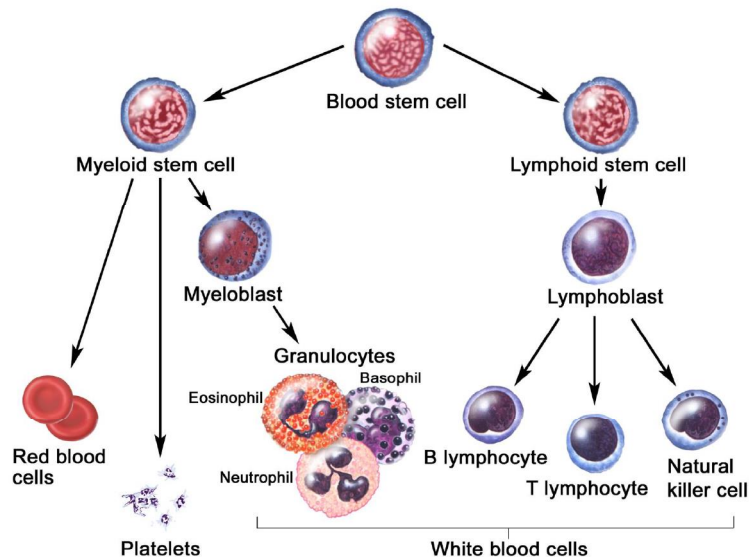
Poruchy metabolismu železa

- nedostatek železa (**sideropenie**)
 - latentní – laboratorní známky sníženi
 - manifestní – mikrocytární anemie
- příčiny
 - snížená absorpce – nemoci GIT
 - achlorhydrie, snížení tesnormční plochy (celiakie), záněty (Crohn)
 - zvýšené ztráty
 - krvácením, opět neč GIT (kolorekt. ca, ulcerózní kolitida, polypy, hemoroidy), dále urogenitální trakt a hemoptýza
- přetížení železem (**hemochromatóza**)
 - zvýšený parenterální přívod
 - opakované transfúze
 - nadměrná suplementace železem
 - zvýšený rozpad erytrocytů
 - např. hemolytické anemie (např. talasémie aj.)
 - porucha regulace absorpce
 - hereditární hemochromatóza
 - autozomálně recesivní choroba (1:200 – 400 u severoevropské populace)
 - mutace v HFE genu (6. chromozom – MHC-1), nejč. C282Y a H63D



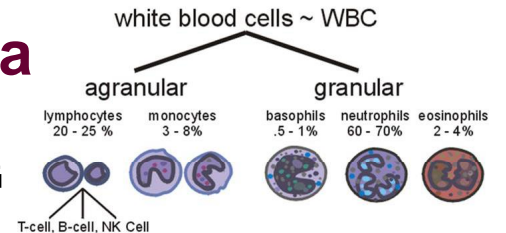
NEMOCI BÍLÉ KREVNI ŘADY

„Bílé krvinky“ (~4 000–10 000/mm³)



© 2007 Terese Winslow
U.S. Govt. has certain rights

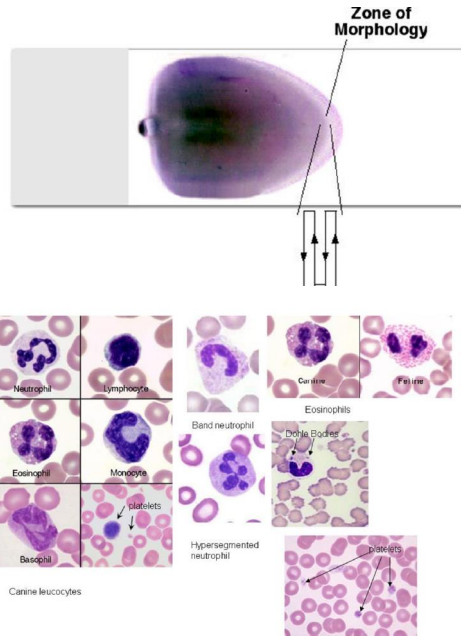
Funkce = imunita



- poločas pouze několik hodin až dnů
- vlastnosti
 - fagocytóza
 - diapedéza (= vstup mezi buňkami kapilární stěny do místa poškození)
 - chemotaxe (stimulovaná látkami z poškozených buněk nebo toxiny bakterií)
 - adheze (= přilnutí k různým povrchům)
- rozdělení leukocytů
 - granulocyty (členěná jádra, cytoplazma obsahuje barvitelné granuly)
 - neutrofilní granulocyty
 - první obranná linie těla (fagocytóza cizorodých látek), jejich granuly obsahují lysozym – enzym rozrušující povrch bakterií
 - eozinofilní a bazofilní granulocyty
 - množí se při alergických a parazitárních onemocněních
 - agranulocyty (velké, nečleněná jádra, v cytoplazmě neobsahují barvitelná grana)
 - monocyty:
 - monocyty cirkulující v krvi se v tkáních přeměňují na makrofágy (nespecifická obrana), jako fixované makrofágy jsou v místech, kde hrozí infekce (plíce, játra, vazivo, okolí trávicí trubice...), představují jednu z neúčinnějších nespecifických obran mechanismů a spolu s dalšími buňkami stimulují specifickou imunitu prezentací antigenů. soustava fagocytujících makrofágů, nacházejících se ve tkáních se nazývá retikuloendoteliální soustava (pouze u savců)
 - lymfocyty: schopnost tvořit protilátky nebo vyvolávat jejich tvorbu
 - B-lymfocyty
 - zajišťují humorální imunitu, při setkání s antigenem produkuje protilátky, které se na antigen cizorodé buňky naváží a takto označené buňky jsou fagocytovány
 - T-lymfocyty
 - zajišťují buněčnou imunitu proti cizorodým buňkám (mikroorganismům, transplantátům, nádorovým buňkám, buňkám napadených virem), na svém povrchu mají receptory, na které se cizorodé buňky váží svými antigeny

Patologie bílé krevní řady

- leukocytóza >10 000
 - lymfocytóza: >5 000
 - monocytóza: >800 nebo >10% v diff.
- leukopenie: <4 000
 - neutropenie: <1 500
 - agranulocytóza: <500
 - lymfopenie: <1 500
- eozinofilie: >600 nebo >10% v diff.
- bazofilie: >100 nebo >1% v diff.



Patologická proliferace krvetvorné tkáně (= hematologické nádory)

- (1) myeloproliferační syndromy
 - myeloidní leukémie
 - akutní (AML)
 - chronická (CML)
 - myelodysplastický syndrom
 - různé formy (refrakterní) anémie
 - chronická myelomonocytární leukémie
 - polycythaemia vera
 - primární trombocytémie
 - myelofibróza
 - mastocytóza
- (2) lymfoproliferační syndromy
 - lymfatické leukémie
 - z B i T řady (ALL, CLL)
 - lymfomy
 - Hodgkinův
 - non-hodgkinské
 - syndromy odvozené od plazmatických bb. (monoklonální gamapatie)
 - mnohočetný myelom (plazmocytom)
 - Waldenströмова makroglobulinemie
 - primární amyloidóza
 - onemocnění těžkých řetězců

Leukémie

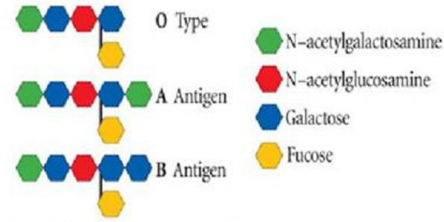
condition	picture	etiology	cell involved	morphology	clinical presentation	CBC results	demographic
acute lymphocytic leukemia (ALL)		chromosomal aberration resulting in abnormal transcription factors that affect development of B and T cells	immature B or T cell (marrow)	condensed chromatin, scant cytoplasm, small nucleoli	stormy onset, symptoms related to depressed marrow function, bone pain, CNS manifestations	anemia, thrombocytopenia, variable WBCs, >30% lymphoblasts	children.
chronic lymphocytic leukemia (CLL)		chromosomal deletion or possible somatic hypermutation of postgerminal or naive B cells	peripheral B or T cell (lymph nodes)	smudge cells, condensed chromatin, scant cytoplasm	asymptomatic or nonspecific, LAD, hepatosplenomegaly,	sustained abs. lymphocytosis >5000/uL, low platelets in 20-30%	most common leukemia in adults, twice as common in men.
acute myelogenous leukemia (AML)		oncogenic mutations impede differentiation, accumulating immature myeloid blasts in marrow	immature myeloid lineage cells (marrow)	auer rods (abnormal lysosomes), myeloblasts, monoblast	anemia symptoms, spontaneous bleeding, petechiae and ecchymoses	anemia, neutropenia, thrombocytopenia, >30% myeloblasts, auer rods	adults.
chronic myeloid leukemia (CML)		tyrosine kinase pathway related chromosomal translocation-Philadelphia chromosome	pluripotent hematopoietic stem cell (marrow)	hypercellular marrow, elevated eosinophils and basophils	insidious onset, mild anemic symptoms, splenomegaly	asx WBC > 50,000, symptomatic WBC > 200,000-1,000,000, some blast forms, increased eosinophils and basophils	ages 20-50, rare in children.



KREVNÍ SKUPINY, KREVNÍ TRANSFUZE A S NÍ SPOJENÉ PATOFYZIOLOGICKÉ STAVY

Krevní skupiny

- označení povrchových antigenů (aglutinogenů - sacharidů/bílkovin) na povrchu erytrocytů
 - ABO
 - A (42%), B (12%), AB (8%) O (38%)
 - přítomnost protilátek (aglutininů) proti chybějícím antigenům
 - důvod tvorby není znám – podobnost s bakteriálními antigeny?
 - Rh
 - cca 40 antigenů, ale nejvýznamnějších je pět antigenů uložených na třech genech
 - nejsilnější je antigen D; pokud je antigen D přítomen na povrchu červených krvinek, označuje se krev jako Rh+, v opačném případě pak Rh-
 - další (cca 50)

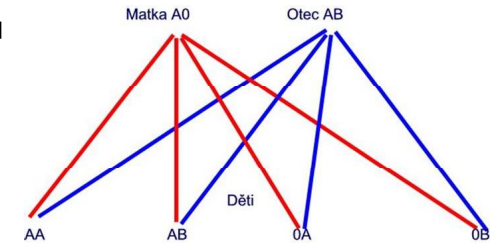


Obrázek č. 1
Antigenní určení systému AB0. Antigeny AB0 se liší jen jedním sacharidem na konci antigenu. Na obrázku je pouze uhlovodanová část antigenu.

	SKUPINA A	SKUPINA B	SKUPINA AB	SKUPINA 0
erytrocyty				
protilátky	Anti-B	Anti-A	žádné	Anti-A, Anti-B
antigeny	A antigen	B antigen	A a B antigeny	žádné

Dědičnost AB0 skupin

- ch. 9q34
- gen pro glykosyltransferázu
- 3 alely
 - dominantní:
 - A
 - B
 - recesivní:
 - i (ii = sk. 0)



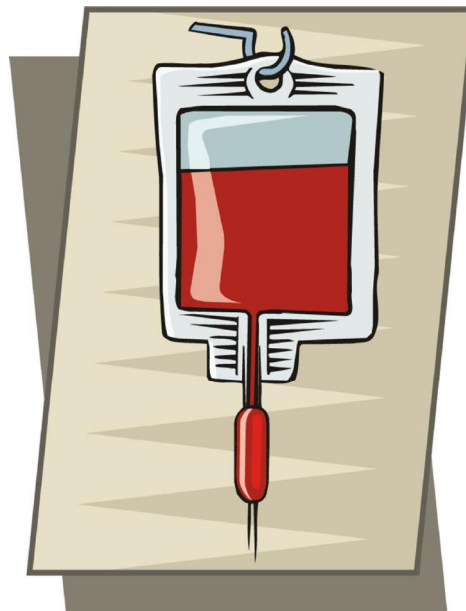
Mother's Blood Type	Father's Blood Type				Child's Blood Type Must Be
	A	B	AB	O	
A	A or O	A, B, AB, or O	A, B, or AB	A or O	
B	A, B, AB or O	B or O	A, B, or AB	B or O	
AB	A, B, or AB	A, B, or AB	A, B, or AB	A or B	
O	A or O	B or O	A or B	O	



Mother's Blood Type	Child's Blood Type				Father's Blood Type Must Be
	A	B	AB	O	
A	A, B, AB or O	B or AB	B or AB	A, B, or O	
B	A or AB	A, B, AB or O	A or AB	A, B, or O	
AB	A, B, AB or O	A, B, AB or O	A, B, or AB	A, B, or O	
O	A or AB	B or AB		A, B, or O	

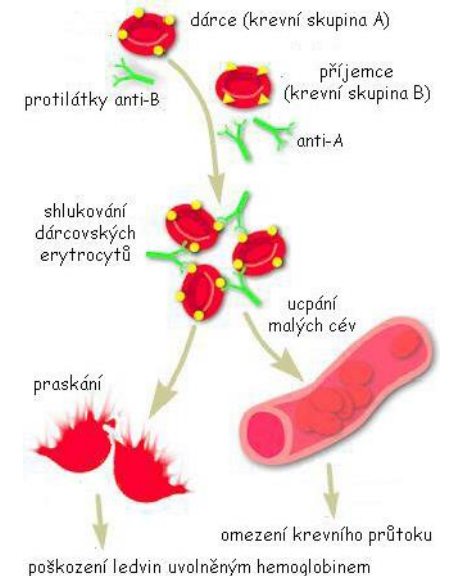
Hemoterapie

- transfuzní přípravky
 - plná krev
 - jen jako meziprodukt
 - erytrocytární přípravky
 - možná deleukotizace
 - trombocytární přípravky
 - čerstvě zmrazená plazma
 - granulocytární přípravky
- krevní deriváty
 - albumin
 - imunoglobuliny
 - koncentrát koagulačních faktorů
 - koncentráty inhibitorů

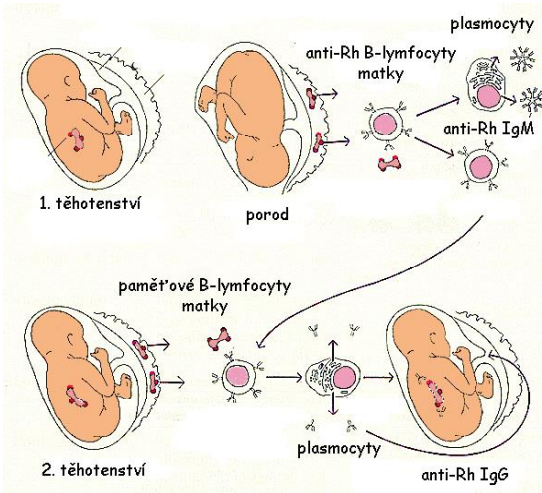


Patologické situace v souvislosti s krevními skupinami: transfuzní reakce

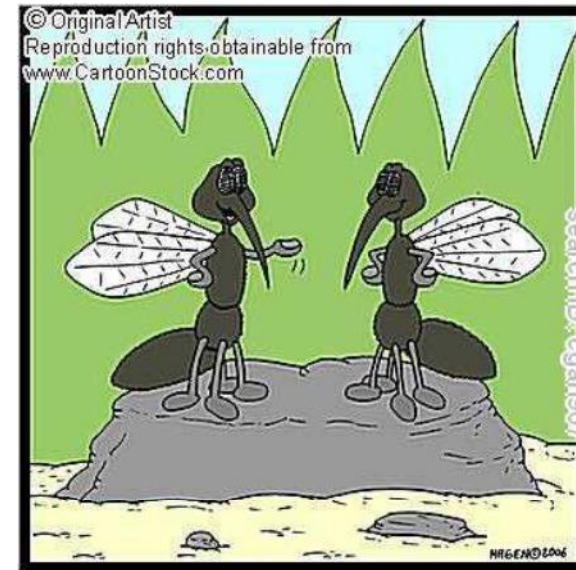
- AB0 inkompatibilita
 - anti-A, -B jsou IgM
 - rychlá, dramatická reakce
- další krevní antigeny (Rh, Kidd, Kell, Duffy)
 - IgG
 - opožděná (IgG jsou méně aktivní při aktivaci komplementu)
 - po mnohočetných AB0 kompatibilních kr. transfuzích



Patologické situace v souvislosti s krevními skupinami: Hemolytická nemoc novorozenců



- má podobný průběh jako transfuzní reakce
- anti-Rh IgM produkované matkou během 1. těhotenství neprochází placentou a nepoškodí dítě
- po porodu prvního dítěte odstraní tyto protilátky Rh⁺ antigen dítěte z oběhu Rh⁻ matky
- paměťové anti-Rh B-lymfocyty v matčině oběhu produkují anti-Rh⁺ IgG během následující gravidity
 - IgG prochází placentou a poškodí plod (hemolyza plodu)
- nutná prevence podáním anti-Rh protilátek do 48 hodin po prvním porodu
 - předejde se senzibilizaci matky



I agree O-positive is rather nice,
but my favourite by far is AB-negative...