При застойных явлениях в венозной системе вследствие гипоксии и механических факторов наблюдается пропотевание бедной белком жидкости за пределы сосуда в ткань, полости с образованием отечной жидкости — **транссудата**.

Транссудат отличается от воспалительной жидкости своим внешним видом; он прозрачный, в то время как экссудат мутный. В транссудате менее 2% белка. В транссудате почти не содержится клеток, в экссудате же всегда имеется примесь клеток, главным образом лейкоцитов.
Экссудаты отличаются друг от друга не только по концентрации белка, но и по составу клеток. Так, в одних случаях превалируют нейтрофильные лейкоциты , в других — **мон онуклеарные клетки**
(лимфоциты и моноциты); иногда обнаруживают несколько эозинофилов. Кроме того, к экссудату подмешиваются слущенные клетки эпителия, например брюшины, сердечной сумки, плевральной полости, эпителиальные пласты слизистых структур и желез, местные клетки соединительной ткани.

Таким образом, в состав экссудата могут входить самые различные компоненты как гематогенной (из костного мозга), так и гистиогенной (из местной ткани) природы. Цитологическое изучение составляющих экссудата имеет огромное значение в диагностике. Так, при ряде патологий, например при ревматизме, туберкулезе, в экссудате наблюдают **лимфоциты** и **моноциты**, при гноеродных поражениях нейтрофильные лейкоциты. Если проследить течение изменения клеточного состава экссудата под действием терапии, то выясняется, что вначале пропадают лейкоциты, далее лимфоциты и макрофаги. Смена лейкоцитарного экссудата мононуклеарным считается положительной тенденцией.

Прочитать еще:

1) План обследования больных при подозрении на ишемию

2) Сахарный диабет

3) Бактериологический и вирусологический анализ