

# Medpedia

Понимание эндодонтии: на каком уровне должен заканчиваться гуттаперчевый штифт для максимально успешного лечения

С появлением электрического апекслокатора и последующих исследований, проведенных с его помощью, стало возможным понимание природы проблемы, ее причин и способов решения. Для того чтобы разобраться в чем дело, изначально необходимо разграничить три понятия:

- *Рентгенологическая верхушка* – самая дальняя точка корня, которая видна на рентгенограмме.
- *Анатомическая верхушка* – место входа сосудисто-нервного пучка в корень зуба.
- *Апикальное сужение* – самое узкое место в корневом канале (как правило, находится в 2 мм от анатомической верхушки).

В литературе в течение долгого времени появлялись ключи к разгадке, но никто не принимал во внимание эти важные ориентиры. Было установлено, что рентгенологическая и анатомическая верхушки зубов не совпадают более чем в 50% каналов. Не так давно El Ayouti и др. показали, что анатомическая верхушка была короче рентгенологической в 88% каналов, а в 5% разница между ними составляла более чем 2 мм. (1) В статье было указано, что в большинстве каналов, запломбированных до рентгенологической верхушки, филлер на самом деле выведен за пределы анатомического сужения. Вот в этом и кроется ответ на наболевшую клиническую задачу. Если рентгенограмма выглядит отлично и гуттаперча доходит до самой рентгенологической верхушки корня, так почему же тогда болит зуб? Оказывается, в реальности анатомическая верхушка не совпадает с рентгенологической, поэтому используемые инструменты слишком длинные и материал, obtурирующий корневой канал (гуттаперча и силлер), выходит за анатомическую верхушку.

