

顔面成長および歯列への筋機能の影響

— 健康な未来のための教育 口腔筋機能矯正 2019 —



■不正咬合早期治療の研究
■筋機能矯正

■共催：株式会社オーティカ・プロモーション
株式会社オーティカ・インターナショナル
(マイオフィファンクショナルリサーチ社日本総代理店)
■後援：MYOFUNCTIONAL RESEARCH CO.(Australia)

Dr. John Flutter BDS. London Univ. England

1971年 ロンドン大学・Kings College Hospital Dental Schoolで歯科医の資格取得。
1972-77年 ロンドンで開業。歯科矯正学を実践し研究。
1984-99年 オーストラリア、ヨーロッパ、米国で口腔顔面歯科整形外科の多くのコースに参加。
1994年 ハワイで国際歯科矯正学協会のBoard Eligible Tier Levelを取得。
1993-95年 オーストラリア口腔顔面整形外科協会連邦会長。
1995年-現在 オーストラリア口腔顔面整形外科協会クイーンズランド支部長。

1997年 ロンドン 4th.International Symposium on Facial Orthotropics(自然成長誘導法)で発表。
1998年 エドモンド 5th.International Symposium on Facial Orthotropics(自然成長誘導法)で発表。オーストラリア・シドニー第2回オーストラリア口腔顔面歯科シンポジウムで発表。
1999年 パルセロナ 第1回国際口腔顔面歯科整形外科シンポジウムで発表。
2002年 Sleep Health Dental Centerで、いびきや睡眠時無呼吸患者の治療を開始。
2006年 Orthodontic Early Treatment Centerを開設。
2010年 MRC Clinics Systemを導入。

第22回 Dr. John Flutter 講習会

講師からのメッセージ

歯列矯正治療が実践された100年以上前から不正咬合の筋機能的な原因は理解されていました。しかし、Dr. Edwar Angleの時代より書かれていた呼吸パターンと筋機能の原因は見落とされ、多くの歯列矯正医が遺伝的要因に固執していました。
現在においては多くの医師が、機能と呼吸を無視した歯列矯正技術が永久歯の抜歯を行うことで永続的な保持を限定していることを理解しています。
世界中の多くの医師が、現在、呼吸プログラムと組み合わせた筋機能アプライアンスシステムを使用しています。この治療方法により多くの患者が顔の発達の改善、非抜歯、安定という恩恵を受けています。

この治療のコンセプトは“機能”を始めに、“歯”は最後にです。“上顎の拡大は歯ではなく舌のために”一旦上顎が十分に拡大できれば、舌を訓練することで上顎アーチをサポートできます。
筋機能的矯正治療の鍵は、両親と子どもから協力を得ることです。両親と患者の教育は、固定式歯列矯正治療以上の結果を得るための重要な部分です。
大きなポイントは、この筋機能矯正治療を子どもたちに正しく提供することです。これは治療計画とスタッフトレーニングを含みます。子どもたちの成長、発達を改善するための癖の改善を患者自身に自覚させ良い結果を得るための実践的な方法を紹介します。

主な講演内容

- ・すべての子どもを10ポイント評価で診断する方法。
- ・新しい患者、両親教育アプリを用いた筋機能矯正。
- ・乳歯列期の治療オプション。
- ・いつ混合歯列期後期に拡大装置を使用するか。
- ・いつBWS、Biobloc Stage1、Myolayを使用するか。
- ・永久歯列期までの頭蓋顔面の成長と発達。
- ・医学的観点からの閉塞性睡眠時無呼吸(OSA)。
- ・いつMyobrace、MyoTaleaまたはMyOSAで治療を始めるか？
- ・Myobrace System 症例紹介
- ・CPAPとMADは代表的な治療法なのか。
- ・Myobrace治療を向上させる方法。
- ・質疑応答

日 時	Dr. John Flutter Course 1日目 2019年3月17日(日) 10:00~17:00(逐次通訳付)	Dr. John Flutter Course 2日目 2019年3月18日(月) 9:30~16:30(逐次通訳付)
定員/受講費	300名/80,000円(税込) 昼食付 受講者に全員にK1Mを進呈 ※ドクター以外のお申込みは、クリニックに所属の方のみとさせていただきます	
会 場	東京コンファレンスセンター・品川 〒108-0075 東京都港区港南1-9-36アレア品川 TEL 03-6717-7000 JR品川駅港南口(東口)より徒歩2分 (JR山手線、京浜東北線、東海道線、東海道新幹線等)	
お 申 込 方 法	必要事項をご記入の上、FAXでお申込みください。 FAX受領のお知らせを弊社よりお送り致しますのでご確認後指定口座にご入金ください。 ※お振込みの際に必ず受講される方のお名前または歯科医院名をご入力ください。 ※お振込みの確認が取れ次第正式登録となります。振込手数料は各自ご負担願います。	～キャンセル料について～ 講習会開催の2週間前よりキャンセル料として受講料の100%を申し受けます。
お 問 合 先	株式会社オーティカ・プロモーション 講習会事務局 TEL:03-3353-3676	✉:seminar@orthika.jp FAX:03-3353-3830

ローマ字	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> その他()	ご勤務先	<input type="checkbox"/> 矯正歯科 <input type="checkbox"/> 一般歯科 <input type="checkbox"/> 小児歯科
ご勤務先 ご住所	〒 -	TEL: ()	FAX: ()

Myobrace/Trainerを弊社より購入 Myobrace/Trainerをディーラーより購入 Myobrace/Trainerを使用していない
この講習会を何でお知りになりましたか? JOP 小児歯科臨床 DM HP ご紹介 その他

※複数名のお申し込みは裏面をご使用下さい。 ※受領のお知らせをFAX致しますのでFAX番号も必ずご記入ください。

第22回 Dr. John Flutter 講習会お申込み書

FAX : 03-3353-3830

お申込日 月 日

クリニック名		<input type="checkbox"/> 矯正歯科 <input type="checkbox"/> 一般歯科 <input type="checkbox"/> 小児歯科
ご住所	〒 - TEL: ()	FAX: ()
※受領のお知らせをFAX致しますのでFAX番号も必ずご記入ください。		
<input type="checkbox"/> Myobrace/Trainerを弊社より購入	<input type="checkbox"/> Myobrace/Trainerをディーラーより購入	<input type="checkbox"/> Myobrace/Trainerを使用したことがない

※ドクター以外のお申込みは、クリニックに所属の方のみとさせていただきます

ローマ字		<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	ローマ字		<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士
お名前		<input type="checkbox"/> その他 ()	お名前		<input type="checkbox"/> その他 ()
ローマ字		<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	ローマ字		<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士
お名前		<input type="checkbox"/> その他 ()	お名前		<input type="checkbox"/> その他 ()
ローマ字		<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	ローマ字		<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士
お名前		<input type="checkbox"/> その他 ()	お名前		<input type="checkbox"/> その他 ()
ローマ字		<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	ローマ字		<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士
お名前		<input type="checkbox"/> その他 ()	お名前		<input type="checkbox"/> その他 ()
ローマ字		<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	ローマ字		<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士
お名前		<input type="checkbox"/> その他 ()	お名前		<input type="checkbox"/> その他 ()

※講習会開催の2週間前よりのキャンセルの場合、キャンセル料として受講料の100%を申し受けます。

弊社記入欄	申込受付番号	受領FAX	振込確認	受講票送付