



# SLA Bimler研究会

## 第12回 学術大会オンライン開催



ここに第12回 SLA Bimler 研究会学術大会をご案内いたします。本研究会は歯や歯周組織により健康で安全な、そして確実な矯正歯科治療法が大切と考え、その治療に相応しいSLA (Soldered Lingual Arch) やビムラーの装置、およびそれらのコンビネーション治療などを中心とした歯列矯正法の研究、修得、振興および継承などのために2014年4月より活動しております。会員は全国に合わせて約60名の歯科医師、歯科技工士そして歯科衛生士が所属し、会の目標を達成するよう努力しています。

大会の午前の部では、正確なSLAの製作を普及するために我々が設立を目指している「SLA 歯科技工認定制度」について、その概要を説明させていただきます。その中で正しいSLAの判定基準を紹介しますが、その理解こそが正確なSLAを普及するため第一歩となり、ひいては世界中に正しいSLAを広める礎になるものと確信しています。

午後の部ではビムラーの装置にスポットライトを当て、対処の仕方が分からなかったり困難な状況になったりした場合の対処法について、成之坊副会長がファシリテーターとなって参加者と意見交換をします。

今日では様々な矯正治療法が広まってきましたが、成長期においては就寝時の使用で多くの不正咬合が改善されるビムラーの装置は、医患両者にとって特に魅力的です。是非一人でも多くの方に学術大会にご参加頂くことを願っております。

SLA Bimler研究会 会長 伊藤率紀

### 開催日時 2023年5月21日(日) 9時受付開始

#### 大会概要

開催方法 : Zoomを利用したオンライン開催

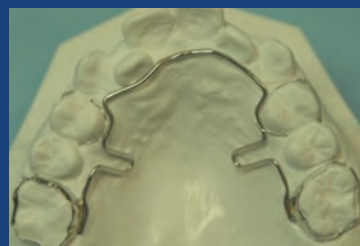
参加費 : **本研究会会員** 無料 **非会員** 4月20日まで4,000円 4月21日以降5,000円

申込締切 : 5月14日(日)

#### ビムラーの装置により歯列を拡大した後、SLAでleeway spaceを利用しながら叢生を改善した症例



右下中切歯の捻転は強く、またデンタルから得られた未萌出前歯幅より特に上顎では6mm以上のスペース不足が予測されたため、ビムラーの装置による歯列拡大と叢生改善から治療を開始した。7歳10ヶ月時に右下中切歯捻転改善のために下顎歯列にはSLAも装着し、10歳8ヶ月時には上顎にもSLAを装着してビムラーの装置は中止した。その後は上下歯列ともSLAでアライメントを進め、13歳7ヶ月時にポストリテンションに入ったが、5年以上経過した時点でも大きな歯列の変化はみられなかった。



SLA (Soldered Lingual Arch)



ビムラーの装置



プログラム	
9:00	受付開始
9:30	開 会
9:40	教育講演「The Soldered Lingual Arch (SLA)の国際規格完成に向けて ～誰がやってもできる ビムラー&SLA矯正治療の提示～」 SLA Bimler研究会 会長 伊藤率紀 同会員 斉藤 大輔
11:50	SLA Bimler研究会 総会 並びに休憩
13:20	パネルディスカッション 「どうする？ ビムラーの装置の調整」 ファシリテーター 成之坊 靖子(なりのぼう歯科口腔外科クリニック) パネリスト ①「閉鎖型乳歯列弓からビムラータイプA単独治療で叢生改善をみた一症例」 「早期に前歯部一歯クロスバイトを改善した叢生症例」 小木曾 純(十全歯科口腔クリニック) ②「ビムラーの装置 インターデンタルスプリング技工手順」 佃 弘志(伊藤矯正歯科医院) ③「ビムラータイプAとチンキャップを併用した一症例」 佐藤 直登(なおと歯科クリニック) ④「ビムラータイプAを用いて改善した過蓋咬合と下顎前歯叢生を伴う症例」 二藤部 ゆみ(にとうべ歯科医院) ⑤「ビムラーの装置 あるあるトラブルと対処法」 成之坊 靖子(なりのぼう歯科口腔外科クリニック)
15:30	閉 会

SLA Bimler研究会 第12回学術大会 参加申込書	申込日： 月 日
	FAX : 0574-61-1174

WEBからも  
お申込みいただけます



ふりがな		性別	男・女	貴方は本研究会の 会員ですか？非会員ですか？	会員 ・ 非会員
氏名					

本研究会への入会をご希望されますか？	入会します ・ 入会しません
--------------------	----------------

※入会を希望される場合は、年会費7,000円をご入金ください。  
入会の場合、大会参加費は無料です。

●非会員の方は、以下の欄にもご記入ください（※会員の方で、住所・連絡先に変更がある場合もご記入ください）

職業	歯科医師 ・ 歯科技工士 ・ 歯科衛生士 ・ その他( )	連絡先名 <small>屋号またはお名前</small>	
連絡先 住所	〒		
電話番号 <small>(携帯電話可)</small>		FAX	
ご紹介者			
メールアドレス	※大会ミーティングID、パスワード、抄録送付に必要となりますので、必ずご記入ください。 @		

申込にあたっての注意事項	・参加費のご入金をもって、正式なお申し込みといたします。(振替受領書を領収書といたします) ・キャンセルの場合、返金などの対応はしかねますのでご了承ください。
--------------	--

年会費・大会参加費振込先	ゆうちょ銀行 089店 当座 0217574
--------------	------------------------

学術大会 お問合せ先 (担当:村井)	医療法人一步会 伊藤矯正歯科医院 〒509-0207 岐阜県可児市今渡456-1 Tel: 0574-61-1166 Fax: 0574-61-1174 Mail: safeorth@gmail.com
--------------------------	---