

МИНОБРНАУКИ РОССИИ  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**«САРАТОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.Г. ЧЕРНЫШЕВСКОГО»  
БАЛАШОВСКИЙ ИНСТИТУТ (ФИЛИАЛ)**

Кафедра дошкольного и начального образования

АВТОРЕФЕРАТ БАКАЛАВРСКОЙ РАБОТЫ

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ  
В ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЕ  
С ДОШКОЛЬНИКАМИ С ДИЗАРТРИЕЙ**

студентки 5 курса 53 группы  
направления подготовки 44.03.03 «Специальное (дефектологическое)  
образование», профиля «Логопедия»,  
психолого-педагогического факультета  
Сапрыкиной Анастасии Сергеевны.

Научный руководитель  
доцент кафедры дошкольного и начального образования  
кандидат психологических наук  
доцент \_\_\_\_\_ Т.Н.Акулова  
(подпись)

Зав. кафедрой ДиНО  
кандидат педагогических наук,  
доцент \_\_\_\_\_ Е.А. Казанкова  
(подпись)

**Балашов 2026**

**Введение. Актуальность исследования.** В настоящее время происходит увеличение числа детей с дизартрией, в структуре дефекта которой страдает не только звукопроизношение, но и вся просодическая структура речи, поэтому необходимо глубоко изучить эту область для создания эффективных средств воспитания и обучения данной категории детей, что представляется актуальной проблемой нашего исследования. Дизартрия существенным образом мешает речи, так как страдает не произношение отдельных звуков, а артикуляция в целом. Ее вызывает органическое поражение ЦНС. Работа нейронов, которые обеспечивают связь речевого аппарата с ЦНС, недостаточна. Ее еще называют недостаточной иннервацией.

В исследованиях Л.В. Лопатиной и Н.В. Серебряковой, посвященных проблеме речевых нарушений при дизартрии, отмечается, что нарушение звукопроизношения и просодической стороны речи являются стойкими. Значимость этих исследований состоит в том, что просодические характеристики играют важную роль в осуществлении коммуникативной функции речи, так как именно с их помощью говорящий передает не только информацию, но и свое эмоциональное состояние.

В структуре речевого дефекта у детей со стертой дизартрией ведущими нарушениями выступают нарушения формирования системы фонетических средств языка, использующихся для образования звуковой формы значимых единиц (О.А. Токарева, Л.В. Лопатина, Е.Н. Винарская, А.М. Пулатов и др.).

В современных условиях все больше появляется необходимость в использовании новых технологий для получения стойких и стабильных результатов работы. Одним из таких методов является логопедическое кинезиотейпирование (тейпирование). Этот метод позволяет в короткие сроки, безболезненно, решить проблемы с речевыми нарушениями у детей и дает возможность улучшить состояние их когнитивной и сенсорной сферы. С помощью тейпирования значительно улучшается кровоснабжение, нервная проводимость, нормализуется тонус и подвижность мышц артикуляционного

аппарата ребенка. Использование метода тейпирования в комплексе с традиционными методами работы с детьми с дизартрией, положительно влияет на результаты и сроки работы, способствует улучшению прогноза и качества жизни ребенка.

Кинезиотейпирование, как метод, активно внедряемый в логопедическую практику, представляет собой важный инструмент для коррекции речевых нарушений, особенно у детей с дизартрией.

Изучением механизмов и симптоматики дизартрии занимались такие ученые, как М.Е. Хватцев, Е.Ф. Рау, Е.М. Мастюкова, О.В.Правдина, Л.С. Волкова, Е.Н. Винарская, Г.В. Чиркина, И.И. Панченко, Л.В. Лопатина, Н.В. Серебрякова, Т.В. Ахутина и О.С. Ушакова разрабатывали дифференциальную диагностику дизартрии, методы коррекции дизартрии у детей. Е.Ф. Архипова, Л.А. Позднякова; Р.И. Лалаева, Н.В. Серебрякова, Е.В. Колесниковой, Г.А. Каше, Т.Б. Филичевой, Г.В. Чиркиной, И.И. Панченко, Т.А. Ткаченко, Е.Ф. Собонович представили работы по специфике логопедической работы с детьми с дизартрией.

Актуальность данной работы обусловлена растущим интересом к кинезиотейпированию как к эффективному средству для активизации мышц речевого аппарата и артикуляции, что, в свою очередь, способствует коррекции дизартрии.

**Цель исследования:** теоретическое изучение технологии кинезиотейпирования в логопедической работе с дошкольниками с дизартрией.

**Объект исследования:** коррекционно-логопедическая работа.

**Предмет исследования:** использование технологии кинезиотейпирования в логопедической работе с дошкольниками с дизартрией.

**Гипотеза исследования:** преодоление дизартрии будет эффективным, если в логопедическую работу включить технологии кинезиотейпирования.

**Задачи исследования:**

1. Рассмотреть этиологию, механизмы, речевую симптоматику детей дошкольного возраста с дизартрией.

2. Предложить программу логопедического обследования детей со стёртой формой дизартрии.

3. Изучить теоретические основы применения кинезиотейпирования в логопедической работе с дошкольниками с дизартрией.

4. Проанализировать отечественный и зарубежный опыт применения кинезиотейпирования.

5. Предложить методику использования кинезиотейпирования в процессе коррекции дизартрии

**Теоретико-методологическую основу исследования** составили труды Е.Ф. Архиповой, Г.Г. Голубевой, А.М. Горчаковой, Л.С. Волковой, Г.В. Чиркиной, Е.Н. Винарской, Е.Н. Моргачевой по специфике логопедической работы с детьми старшего дошкольного возраста с дизартрией.

Для решения поставленных задач использовались **методы**: анализ литературы по проблеме исследования (педагогической, психологической, лингвистической, психолингвистической); обобщение логопедического опыта.

**Основное содержание работы.** В первой главе нашего исследования были рассмотрены этиология и классификации дизартрии, дана психолого-педагогическая характеристика детей с дизартрией, определена технология кинезиотейпирования.

Дизартрия - это нарушение речи, вызванное поражением центральной нервной системы, которое затрудняет контроль над мышцами речевого аппарата (язык, губы, гортань, мягкое небо), приводя к невнятной, смазанной, «кашеобразной» речи, с искажением звуков и изменением голоса, что требует комплексной коррекционной работы.

Кинезиотейпирование – это метод, разработанный японским доктором Кензо Кассе (в 1973 году), обеспечивающий постоянную поддержку мышц и сухожилий, способствующий снятию боли и воспаления.

Логопедическое тейпирование – это вспомогательная коррекционная методика, основанная на наложении специальных эластичных тейпов на мышцы лица, шеи и речевого аппарата.

Логопедическое тейпирование выполняет ряд важных функций: нормализация мышечного тонуса. Помогает расслабить мышцы речевого аппарата при гипертонусе (спастичности). Стимулирует и «подтягивает» слабые, вялые мышцы при гипотонусе (парезах); устранение гиперсаливации (слюнотечения). Тейпирование подчелюстной зоны и области над гортанью помогает ребенку лучше ощущать скопление слюны и стимулирует рефлекторное глотание; формирование правильного типа дыхания. Накладывание тейпов на область губ («губной замок») способствует переходу с ротового дыхания на физиологическое носовое, что критически важно для здоровья часто болеющих детей; улучшение артикуляционной моторики. Тейпы создают дополнительную проприоцептивную чувствительность: мозг начинает лучше «видеть» мышцы артикуляционного аппарата, что ускоряет процесс постановки и автоматизации звуков; усиление эффекта логопедического массажа. Тейп пролонгирует (продлевает) действие массажа, продолжая мягко воздействовать на мышцы в течение нескольких часов или дней после занятия и т.д.

Основы кинезиотейпирования заключаются в правильном выборе техники наложения тейпа в зависимости от цели. Выделяют следующие основные техники. Мышечная техника. Ее цель — поддержка или расслабление мышцы, улучшение ее функции. Связочная (сухожильная) техника. Ее цель — стабилизация сустава, поддержка поврежденной связки или сухожилия, снятие с них избыточной нагрузки. Коррекционная (фасциальная) техника. Ее цель — воздействие на фасцию (соединительную ткань), снятие ограничений ее подвижности. Лимфатическая (дренажная) техника. Ее цель — уменьшение отеков и гематом путем улучшения лимфооттока. Функциональная коррекция. Ее цель — помощь или ограничение определенного движения в суставе.

Кинезиотейпирование представляет собой современную высокоэффективную технологию сенсомоторной стимуляции, основанную на наложении эластичных лент для воздействия на мышечную, фасциальную и нервную системы ребенка. Тейпы позволяют нормализовать мышечный тонус артикуляционной и мимической мускулатуры, устранить гиперсаливацию, скорректировать речевое дыхание и улучшить проприоцептивную чувствительность («ощущение» мышц мозгом). Работа по формированию точных артикуляционных движений должна носить регулярный характер и проводиться на каждом индивидуальном занятии. Тейпирование в данном случае выступает фактором пролонгированного действия, закрепляя результат, достигнутый в ходе логопедической гимнастики.

*Во второй главе* нашего исследования дан обзор методик изучения дизартрических расстройств у детей дошкольного возраста, определена программа логопедического обследования детей со стёртой формой дизартрии.

Логопедическое обследование при дизартрии обязательно включает оценку всех компонентов речи (звукопроизношение, фонематический слух, словарный запас, грамматика) и взаимосвязи внеречевых процессов, таких как общая, мелкая и артикуляционная моторика, дыхание и мимика, так как дизартрия – это центральное нарушение, затрагивающее моторику речевого аппарата и высшие психические функции. Логопедическое обследование начинают с наблюдения за состоянием мимической мускулатуры в покое.

При наблюдении за ребенком в покое логопед фиксирует следующие показатели: выразительность лица. Норма: лицо живое, с активной мимикой. Патология: лицо амимичное («маскообразное»), взгляд застывший, общее впечатление вялости; симметричность. Проверяется соответствие правой и левой сторон лица. Обращают внимание на симметричность носогубных складок, углов рта и глазных щелей. Наличие асимметрии (сглаженность одной из носогубных складок, опущение угла рта) указывает на

одностороннее поражение нервной системы; состояние губ. В покое губы могут быть плотно сомкнуты, полуоткрыты (что часто ведет к ротовому дыханию) или постоянно напряжены; наличие гиперкинезов и синкинезий. Наблюдаются ли произвольные подергивания мышц лица или сопутствующие движения (например, при попытке улыбнуться ребенок произвольно зажмуривает глаза); наличие гиперсаливации. Замечает ли ребенок подтекание слюны, контролирует ли он глотательный рефлекс в состоянии покоя.

Для диагностики стертой формы дизартрии используют функциональные пробы.

1. Проба на истощаемость (проба Г.В. Гуровец). Ребенка просят удерживать артикуляционную позу (например, «Лопаточку» или «Улыбку») в течение 10–15 секунд. При дизартрии наблюдается быстрая утомляемость, язык начинает дрожать (тремор), отклоняется в сторону (девиация) или «уходит» вглубь рта. Ребенок теряет позу к 5–7 секунде.

2. Проба на переключаемость. Многократное повторение чередующихся движений: «Улыбка» - «Трубочка», «Иголочка» - «Лопаточка». При дизартрии отмечается замедленность темпа, застревание на одном движении (персеверации) или выполнение упражнений с сопутствующими движениями нижней челюсти и рук (синкинезии).

3. Проба на наличие синкинезий. Ребенка просят выполнять движения языком, при этом логопед следит за руками и лицом. При дизартрии часто наблюдаются сопутствующие движения — пальцы рук ребенка начинают сжиматься, двигаться в такт языку или напрягаться. Это свидетельствует о разлитом, недифференцированном возбуждении в коре головного мозга.

4. Проба Э. Майнс (проба на оральный праксис). Ребенка просят надуть щеки, нахмурить брови, оскалить зубы. При дизартрии выполнение этих простых мимических действий вызывает затруднение, движения несимметричны, объем их ограничен.

5. Проба на девиацию (отклонение). При высунутом языке ребенка просят широко открыть рот. При дизартрии кончик языка может произвольно отклоняться в сторону пораженной мышцы, что подтверждает паретичность.

6. Рефлекторные пробы (проверка на рвотный рефлекс). Проверка чувствительности мягкого нёба с помощью шпателя. При дизартрии часто выявляется снижение (гипорефлексия) или отсутствие рвотного рефлекса, что коррелирует с назализацией (гнусавостью) голоса.

*В третьей главе* нашего исследования проанализирован отечественный и зарубежный опыт применения кинезиотейпирования, рассмотрено использование кинезиотейпирования в процессе коррекции дизартрии.

В зарубежной логопедической практике кинезиотейпирование воспринимается как дополнение к классическим методам. В Европе и Америке кинезиотейпинг активно используют в качестве вспомогательной методики в работе с пациентами перенесшими инсульт и детьми с ДЦП. Метод отлично зарекомендовал себя в коррекции речевых нарушений, что нашло отражение в многочисленных исследованиях.

В России в 2015 году создана Национальная ассоциация специалистов по кинезиотейпированию, основными целями которой являются популяризация данной методики и проведение научных исследований, связанных с её применением, в том числе и в логопедии.

В логопедии тейпирование используется для коррекции широкого спектра нарушений: при парезах, нарушениях тонуса; гиперсаливации, нарушениях процесса глотания и жевания, дыхания; нарушениях прикуса; звукопроизношения; общей, мелкой, артикуляционной моторики и мимической мускулатуры.

О.С. Шарачева определила алгоритм проведения тейпирования в логопедической практике, включающий 2 направления:

1. Работа с родителями включает консультирование. Проведение индивидуальных консультаций с родителями по ознакомлению с подобранной комбинацией аппликаций для тейпирования ребенка.

2. Работа с детьми начинается с логопедического обследования речевых и неречевых процессов, влияющих на речевое развитие, в том числе и моторики артикуляционного аппарата детей для определения вида тейпирования: комбинаций аппликаций для тейпирования разных зон лица и тела для каждого ребенка с дизартрией. Непосредственная работа с тейпированием детей проводится в сочетании с другими логопедическими технологиями при дизартрии.

При коррекции губных звуков целью тейпирования является обеспечение смыкания губ и получение ощущения сомкнутых губ. Главная мышца, участвующая в произношении губных звуков - круговая мышца рта, поэтому тейп накладывается непосредственно на круговую мышцу рта. При коррекции шипящих звуков необходимо тейпировать мышцы, принимающие участие в правильной артикуляционной позе, а именно шилоязычная и двубрюшная мышцы.

При коррекции стертой дизартрии посредством логопедического тейпирования нормализуется тонус мимических, жевательных и артикуляционных мышц лица; ускоряется коррекция звукопроизношения, улучшается мелкая и крупная моторика снижается гиперсаливация; улучшается качество выполнения артикуляционной гимнастики. Кинезиотейпирование является новым и нетрадиционным методом, используемым в логопедии. Безусловно, он является не основным способом коррекции, но правильное сочетание его с традиционными формами работы, позволяет достичь большей результативности в коррекции речевых нарушений.

**Заключение.** Основной целью нашего исследования было теоретическое изучение технологии кинезиотейпирования в логопедической работе с дошкольниками с дизартрией.

В первой главе были рассмотрены клинико-педагогические характеристики детей со стертой формой дизартрии и теоретические аспекты применения технологии кинезиотейпирования. Обобщение изученного материала позволяет сделать следующие выводы.

Специфика нарушения. Стертая дизартрия является сложным речевым расстройством органического генеза, при котором ведущим дефектом выступает стойкое нарушение фонетической стороны речи. Особенности раннего развития таких детей (соматическая ослабленность, замедленное становление статодинамических функций) и дефекты иннервации артикуляционного аппарата создают базу для формирования нечеткой, «смазанной» речи, которая к 3–4 годам становится серьезным барьером для социализации.

Обоснование комплексного подхода. Анализ психолого-педагогической литературы (О.А. Дегаева, Л.С. Дмитриевских, П.М. Михальченко и др.) подтверждает, что коррекция дизартрии требует системного воздействия. Ключевым условием успешной реабилитации является ежедневная работа над развитием точности движений мимической и артикуляционной мускулатуры, так как фрагментарные занятия не позволяют сформировать устойчивый мышечный стереотип.

Роль кинезиотейпирования как инновационной технологии. В современных условиях кинезиотейпирование рассматривается как один из наиболее эффективных методов сенсомоторной коррекции. Его научно-теоретическая база опирается на принципы нейрофизиологии: через воздействие на рецепторы кожи и мышц, тейпы позволяют нормализовать тонус, купировать гиперсаливацию, скорректировать речевой выдох и стабилизировать нижнюю челюсть. Преимущества метода. Главным преимуществом кинезиотейпирования в логопедической работе является эффект пролонгированного воздействия. В отличие от артикуляционной гимнастики или массажа, тейп продолжает работу по коррекции мышечного тонуса в течение длительного времени после окончания занятия, что

критически важно для детей с органическими поражениями ЦНС. Таким образом, теоретический анализ подтверждает, что использование кинезиотейпирования в коррекционной работе с дошкольниками, страдающими стертой дизартрией, является патогенетически обоснованным и перспективным направлением. Оно позволяет преодолеть первичный дефект иннервации мышц, создавая благоприятные условия для развития фонетико-фонематической стороны речи и предупреждения вторичных нарушений.

Вторая глава работы посвящена разбору практической стороны вопроса обследования детей с дизартрическими расстройствами. Основное внимание уделено анализу существующих способов диагностики дизартрии у дошкольников. В научной литературе представлено немало различных подходов к коррекции дизартрии у детей (труды А. Г. Ипполитовой, О. В. Правдиной и других авторов, начиная с 1970-х годов и до наших дней, например, Л. С. Волковой, Л. В. Лопатиной, Е. В. Новиковой).

Для выявления стертых форм дизартрии рекомендуется опираться на диагностические инструменты, разработанные Г. А. Волковой, Л. В. Лопатиной и В. А. Кисилёвой. В рамках нашей работы предлагается комплексная программа логопедического обследования, охватывающая все аспекты речевой деятельности детей со стёртой дизартрией. Наибольшую трудность представляет выявление именно неявных, минимальных признаков этого нарушения.

В третьей главе была рассмотрена практическая реализация методики кинезиотейпирования в системе комплексной коррекции детей дошкольного возраста со стертой дизартрией. Обобщение практических аспектов позволяет сделать следующие выводы.

Методика применения тейпов строго детерминирована результатами комплексного обследования по методам Л. В. Лопатиной, В. А. Киселевой и Г. А. Волковой. Только детальное изучение состояния мимической и артикуляционной мускулатуры, а также выполнение функциональных проб

позволяет определить патогенетически обоснованную схему наложения лент (стимулирующую при гипотонусе или расслабляющую при гипертонусе).

Интегративный характер технологии. Кинезиотейпирование не является изолированным методом, а выступает как связующее звено между логопедическим массажем, артикуляционной гимнастикой и развитием фонетико-фонематической стороны речи. Установлено, что использование тейпов позволяет пролонгировать терапевтический эффект занятий, обеспечивая непрерывную сенсомоторную поддержку мышц артикуляционного аппарата.

Этапность и дифференциация. Методика применения тейпирования реализуется поэтапно. На подготовительном этапе основной целью является нормализация тонуса и коррекция вегетативных нарушений (гиперсаливация). На этапе постановки и автоматизации звуков тейпирование используется для фиксации правильных артикуляционных укладов и борьбы с синкинезиями, что значительно ускоряет процесс формирования чистого звукопроизношения.

Безопасность и эффективность. При соблюдении правил гипоаллергенности и учета противопоказаний, технология кинезиотейпирования демонстрирует высокую эффективность в преодолении «смазанности» речи, улучшении просодических характеристик и повышении общей внятности речи у дошкольников.

Таким образом, методика применения кинезиотейпирования позволяет индивидуализировать процесс коррекции, воздействуя на первичные звенья дефекта при стертой дизартрии, и способствует достижению устойчивых положительных результатов в развитии речевой системы ребенка.

Таким образом, цели исследования достигнуты, задачи выполнены, предположение гипотезы подтверждено.