





**ТАТЬЯНА КАРАМЫШЕВА**  
врач высшей категории,  
эндокринолог клиники НИИ питания РАМН

# ЛЕЧЕБНЫЙ СТОЛ №9

ПРИ ДИАБЕТЕ  
1 ТИПА

**БОЛЕЕ 130 РЕЦЕПТОВ С УЧЕТОМ ХЛЕБНЫХ ЕДИНИЦ:  
СУПЫ, САЛАТЫ, ГАРНИРЫ, НАПИТКИ**



МОСКВА

УДК 616.4  
ББК 54.15  
К21

При участии *Ольги Копыловой*

**Карамышева, Татьяна Евгеньевна.**

К21 Лечебный стол № 9 при диабете 1-го типа. Более 130 рецептов с учетом хлебных единиц: супы, салаты, гарниры, напитки / Татьяна Карамышева. — Москва : Эксмо, 2026. — 160 с. — (Метафора здоровья. Книги от ведущих экспертов в области медицины).

ISBN 978-5-04-245980-1

Питание при сахарном диабете 1-го типа может и должно быть наполнено разнообразными блюдами и вкусами. Вы разберетесь, как ориентироваться не «по самочувствию», а по целевым показателям, избегать типичных ошибок, в том числе путаницы между истинной гипергликемией и феноменом Сомоджи, и выстроить собственный план питания для контроля уровня глюкозы. А также получите диабетическое меню с рецептами, где даны граммовки, ХЕ и расчеты БЖУ.

Внимание! Информация, содержащаяся в книге, не может служить заменой консультации врача. Перед совершением любых рекомендуемых действий необходимо проконсультироваться со специалистом.

**УДК 616.4  
ББК 54.15**

© Карамышева Т.Е., текст, 2026  
ISBN 978-5-04-245980-1 © Оформление. ООО «Издательство «Эксмо», 2026

# СОДЕРЖАНИЕ

ПИТАНИЕ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	
1-ГО ТИПА . . . . .	7
Определение индивидуальной чувствительности к инсулину. . . . .	10
Необходимость перекусов . . . . .	12
Повышение артериального давления . . . . .	13
САХАРНЫЙ ДИАБЕТ	
В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ. . . . .	15
Неонатальный сахарный диабет. . . . .	16
Причины возникновения сахарного диабета	
1-го типа . . . . .	19
Роль инфекций и прививок против них в развитии и предотвращении диабета. . . . .	19
Как протекает болезнь. . . . .	22
Особенности лечения сахарного диабета у детей . . . . .	24



РЕЦЕПТЫ ДИАБЕТИЧЕСКОГО МЕНЮ . . .	38
Закуски . . . . .	41
Салаты . . . . .	49
Супы . . . . .	56
Овощные блюда . . . . .	77
Гарниры . . . . .	95
Каши . . . . .	99
Блюда из яиц . . . . .	102
Молочные блюда . . . . .	107
Рыбные блюда . . . . .	111
Мясные блюда . . . . .	122
Напитки . . . . .	148
АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ . . . . .	153

# ПИТАНИЕ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1-ГО ТИПА

Несколько иной принцип построения суточного меню будет у пациентов с диабетом 1-го типа, а также 2-го, если больные получают лечение инсулинами.

**Основные принципы питания при инсулинозависимом** диабете остаются прежними: максимальное ограничение «легких» углеводов и насыщенных жиров, разнообразие блюд. Но к ним добавляются некоторые особенности: человеку необходимо более точно просчитывать количество всех полученных с пищей углеводов. Делают это, используя методику хлебных единиц. В зависимости от полученных ХЕ будет изменяться доза вводимого инсулина.

---

○

Понятие «хлебная единица» было введено для того, чтобы облегчить определение потребности в инсулине, необходимом для усвоения полученных с пищей углеводов.

---

○



Сначала это покажется сложным, но в дальнейшем все станет происходить почти автоматически.

Обычно за 1 ХЕ принимают порцию углеводистого продукта, в которой содержится 10–12 г углеводов. Скажем, кусочек хлеба весом 25 г содержит 12 г углеводов — следовательно, это 1 ХЕ. Иногда можно встретить обозначение «углеводная единица» — в ней содержится около 15 г углеводов, но чаще мы имеем дело с хлебными единицами. Разница между ними только в количестве углеводов на одну единицу, в остальном они используются одинаково.

**Для усвоения 1 ХЕ необходимо от 1 до 4 ЕД инсулина** — чувствительность у всех людей разная. Кроме того, потребность в инсулине изменяется в течение дня: утром она выше, к вечеру снижается. Это общие закономерности, но у всех людей потребность в инсулине своя: у кого-то 1 единица на 1 ХЕ, а у кого-то — 4. Каждый должен определить свою индивидуальную чувствительность.

Первым делом надо выяснить, сколько приблизительно хлебных единиц вам нужно в сутки. Здесь мы опять возвращаемся к суточной потребности в энергии. Например, мужчине 30 лет, выполняющему среднетяжелую работу, в день необходимо 2650 ккал. Мы помним, что доля углеводов составит 50–55%, а это будет примерно 1300 ккал.

Таблица № 1

## Распределение хлебных единиц в течение дня

	<b>Завтрак</b>	<b>1-й полдник</b>	<b>Обед</b>	<b>2-й полдник</b>	<b>Ужин</b>	<b>Перекус на ночь</b>
Хлебные единицы, итого 27,5	$7,5 = 6 + 1 + 0 + 0,5$	2	$9 = 3,5 + 1,5 + 2 + 1 + 1$	1	$6 = 0 + 2 + 1,5 + 2,5$	$2 = 1 + 1$
Меню	12 столовых ложек каши + бутерброд с сыром и маслом + несладкий творог + кофе с молоком без сахара	Банан	Солянка рыбная (рецепт № 36) + кабачки фаршированные (рецепт № 56) + 2 кусочка хлеба + напиток яблочный + крекер	Дыня 100 г + крекер 2 штуки	Рыба отварная (рецепт № 84) + рис отварной (рецепт № 65) + 1,5 кусочка хлеба + сырники с морковью (рецепт № 61) + чай несладкий	Кефир 1 стакан + кусочек хлеба



Так как при сгорании 1 г углеводов получают 4 ккал, значит, 1300 ккал мы получим из 325 г углеводов ( $1300 : 4$ ). Разделив 325 на 12, получим 27 — это и будет число хлебных единиц в сутки. Их надо распределить более или менее равномерно в течение дня. Немного больше — в первой половине дня, но без больших «перекосов». На один прием пищи нежелательно давать больше 7–8 ХЕ.

## Определение индивидуальной чувствительности к инсулину

Аналогично можно составить меню на каждый день. В первое время с хлебными единицами будет хлопотно (хорошо было бы также взвешивать продукты и блюда), однако со временем вы научитесь определять количество хлебных единиц на глаз, и необходимость в столь тщательном отмеривании порций отпадет сама собой.

А вот что нужно делать обязательно, так это проводить **измерение уровня глюкозы в крови** после еды, чтобы знать свою **индивидуальную чувствительность к 1 ХЕ**.

Число необходимых в сутки хлебных единиц мы уже рассчитали. Разделим суточную дозу «короткого» инсулина на суточное число хлебных единиц — это и будет соотношение инсулина и углеводов, индивидуальное для каждого пациента.



Естественно, если уровень сахара при этом приближен к целевому (об этом — в разделе об инсулинотерапии).

---

Если сахар далек от идеального, значит, чувствительность к инсулину либо больше (если имеется склонность к гипогликемии), и тогда на это же число ХЕ надо дать меньше инсулина, либо она низкая (если уровень гликемии высокий), и тогда при том же числе ХЕ нужно вводить больше единиц инсулина.

---

Так, шаг за шагом, определяется индивидуальная чувствительность к инсулину. Для чего это нужно? Чтобы можно было самим варьировать свое питание в зависимости от аппетита. Тем и хороша **интенсивная инсулинотерапия**, что дает определенную свободу в питании: сегодня есть аппетит и можно позавтракать поплотнее, введя на дополнительно полученные хлебные единицы добавочный инсулин, а завтра есть особо не хочется, и единиц инсулина будет поменьше. Гликемия же останется в пределах допустимых значений. Только не надо понимать это как абсолютную свободу: распущен-



ность в питании пользу не принесет никому, а человеку, больному диабетом, тем более.

Мы еще поговорим об этом подробнее, но уже сейчас я скажу, что чем больше «съедено» хлебных единиц, тем больше нужно будет инсулина, а чем выше доза инсулина, тем выше вероятность получить через пару часов после его введения резкое снижение сахара — гипогликемию.

## Необходимость перекусов

Теперь что касается перекусов. Так ли они необходимы? Для тех, кто получает «длинные» инсулины, необходимы, поскольку поведение этих видов инсулинов в организме (фармакокинетика) таково, что через несколько часов после введения они проявляют максимальную активность — в это время получение дополнительных хлебных единиц обязательно.

**Обойтись же без введения «длинных» инсулинов зачастую нельзя.** При этом на полученные во время перекусов 1–2 ХЕ дополнительно вводить «короткий» инсулин не нужно — на них рассчитан инсулин «длинный», только надо, чтобы этот перекус содержал не больше 2 ХЕ. Все, что будет съедено сверх этого, потребует и дополнительного введения «короткого» инсулина. Если же человек использует только «короткие» инсулины, что вполне возможно при сахарном диабете 2-го типа и маловероятно



при диабете 1-го типа, перекусов может и не быть, хотя это и не совсем правильно с точки зрения рационального питания. Еще проще становится жизнь человека, которому препарат вводят с помощью инсулиновой помпы: при этом используются только «короткие» или «ультракороткие» инсулины, причем их введение распределено равномерно в течение суток, несколько увеличиваясь после приема пищи. Риск гипогликемии при такой терапии очень невелик.

## Повышение артериального давления

При диабете 1-го типа повышение артериального давления чаще всего связано с развитием **диабетической нефропатии**. При прогрессировании поражения в почках повышается обратное всасывание натрия из первичной мочи в кровь, а ионы натрия имеют свойство собирать вокруг себя молекулы воды — внутрисосудистое давление резко возрастает. Поврежденные атеросклерозом стенки сосудов не в состоянии растянуться, чтобы сбросить избыточное давление. Увеличивается сила сердечных сокращений — это нужно, чтобы прокачать увеличенный объем крови, что также усиливает давление на внутренние стенки сосудов. Вдобавок еще и сами ионы натрия умеют раздражать эти стенки, вызывая их спазм.



Есть предположение, что развитие артериальной гипертонии и диабетической нефропатии при диабете 1-го типа контролирует один ген. Возникнув на фоне, диабетического повреждения почек, артериальная гипертония резко ускоряет его дальнейшее развитие, что без соответствующего лечения довольно быстро приводит к хронической почечной недостаточности, требующей гемодиализа (очистение крови с помощью аппарата «искусственная почка»).

Сказывается гипертония и на состоянии глаз: само по себе длительное повышение давления вызывает изменение сосудов глазного дна, они становятся менее эластичными, теряют способность правильно реагировать на изменения АД. Присоединение диабетических нарушений только усиливает эти изменения. Резкие скачки давления — как в сторону повышения, так и в сторону понижения — могут привести к потере зрения: в первом случае за счет кровоизлияний в сетчатку, во втором — из-за резкого снижения кровотока и, как следствие, ухудшения питания глаз.

## САХАРНЫЙ ДИАБЕТ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Самое дорогое, что у нас есть, — это наши дети. Мы переживаем каждую ссадину, каждую простуду остро и болезненно. Так хочется провести рукой — и снять боль, отвести беду. Но не все зависит от родителей. И если все-таки болезнь пришла, нам надо действовать четко, сдержано и, самое главное, грамотно. Тем более что сахарный диабет давно перестал быть смертельным заболеванием. Если родители хорошо знают, с чем они имеют дело, если они умеют понимать своего ребенка и пользуются у него авторитетом, им удастся решить многие проблемы, которые неизбежно то и дело будут возникать в связи с болезнью. С ними-то мы сейчас и познакомимся, обсудим особенности течения заболевания в разные периоды жизни ребенка.



Сахарный диабет — это та болезнь, которой «все возрасты покорны». Риск заболеть диабетом появляется с самого рождения, но чаще это заболевание