

DOI: 10.31793/2413-5461.2025.14-3.4

О.П. Кіхтяк, Х.А. Москва, Т.А. Кіхтяк

ДНП «Львівський національний
медичний університет імені Данила
Галицького»

УДК: 616.379-008.64:614.258(083.13)

ВИЗНАЧАЛЬНІ НОВОВВЕДЕННЯ В РЕКОМЕНДАЦІЯХ АМЕРИКАНСЬКОЇ ДІАБЕТИЧНОЇ АСОЦІАЦІЇ ЗА 2025 РІК

Резюме. Стандарти медичної допомоги при цукровому діабеті Американської діабетичної асоціації (ADA) за 2025 рік містять суттєві оновлення, що акцентують увагу на багатовекторному та пацієнт-орієнтованому підході. Безперервний моніторинг глюкози (CGM) рекомендовано незалежно від наявності інсулінотерапії, що значно розширює його застосування при цукровому діабеті 2-го типу. Першочергове значення мають агоністи GLP-1 та комбіновані агоністи GIP/GLP-1, які не лише контролюють глікемію і вагу, але й забезпечують серцево-судинний, нирковий та печінковий захист. Піоглітазон залишається ключовим препаратом у лікуванні ЦД2 та його ускладнень. Резметіром, як новий препарат, рекомендований для лікування метаболічно асоційованої стеатотичної хвороби печінки (MASLD). У профілактиці особливу увагу приділено ранньому виявленню автоантитіл і застосуванню теплізумабу при ЦД1, а також комбінованому застосуванню піоглітазону і метформіну при ЦД2. Окремі рекомендації стосуються вагітних, літніх пацієнтів та осіб із високим ризиком гіпоглікемії. Щодо способу життя наголошується на збільшенні споживання рослинного білка і клітковини, дотриманні достатнього питного режиму та регулярній фізичній активності при обмеженні ультраоброблених продуктів. Значну увагу приділено освітнім програмам самоконтролю (DSMES) і використанню неклеюмучої термінології. Загалом ADA 2025 відображають перехід від глюкозоцентричного до комплексного підходу для підвищення ефективності лікування, профілактики ускладнень і покращення якості життя пацієнтів.

Ключові слова: цукровий діабет, агоністи GLP-1, піоглітазон, резметіром, програми підтримки самоконтролю осіб із діабетом (DSMES).

У рекомендаціях Американської діабетичної асоціації (англ. ADA) щодо лікування пацієнтів із цукровим діабетом (ЦД) виявляємо низку змін і нововведень.

Насамперед розширено показання до застосування безперервного моніторингу глюкози (англ. CGM). Раніше CGM радили переважно людям із ЦД, що отримують замісну інсулінотерапію. У нових стандартах лікування рекомендують безперервний контроль вмісту глюкози незалежно від факту інсулінотерапії. Відтак пацієнти із цукровим діабетом 2-го типу (ЦД2) також повинні здійснювати постійний нагляд за глікемією. Сенсор у вигляді волокна, що вводиться під шкіру, вимірює вміст глюкози в міжклітинній рідині, яка корелює з рівнем у крові. Спеціальний передавач на шкірі надсилає дані на смартфон, у якому, за допомогою мобільного додатку, відтворюється профіль змін глікемії в реальному часі з обов'язковим сповіщенням пацієнта про надто високі або низькі показники. Відстежуючи рівень глюкози 24/7, пацієнт має змогу скоригувати харчування, фізичну активність тощо. У такий спосіб зменшується ризик небажаних наслідків лікування, зокрема важких гіпоглікемій.

На відміну від попередніх рекомендацій ADA, у цьогорічних наголошується на використанні GLP-1 агоністів і комбінованих агоністів GIP/GLP-1 не лише задля більш дієвого контролю глікемії та індексу маси тіла, але й для упередження і/або лікування ниркових і серцево-судинних захворювань (зокрема, атеросклеротичного генезу). Попри це, препарати наведених вище груп призначають пацієнтам із супутнім стеатозом печінки, асоційованим із метаболічною дисфункцією (англ. MASLD), і/або із серцевою недостатністю зі збереженою фракцією викиду. Щодо лікування MASLD згадуються також агоністи β -рецепторів тиреоїдного гормону (англ. TR β agonists). До них, зокрема, належить резметіром, що селективно діє на рецептори до тиреоїдного гормону в печінці. Препарат знижує вміст трансаміназ, тригліцериди, холестерол ліпопротеїнів низької щільності, зменшує жирові відкладення і сповільнює прогресування фіброзу. Гістологічні переваги резметірому стосуються фіброзу F2-F3. У попередніх рекомендаціях для лікування/профілактики MASLD чи стеатогепатиту, асоційованого з метаболічною дисфункцією (англ. MASH), фігурував лише піоглітазон.

Слід зазначити, що згідно з рекомендаціями останніх років піоглітазон потрапив у лідери (після метформіну, інгібіторів натрійзалежного котранспортера глюкози 2-го типу і/або GLP-1 агоністів) щодо лікування пацієнтів із ЦД2, які мають супутні серцево-судинні захворювання атеросклеротичного генезу та високий кардіоваскулярний ризик — і це не випадково. З'ясовано, що піоглітазон знижує, від стійкої до постійної, фібриляцію передсердь після катетерної абляції та необхідність повторної абляції (загалом здатний зменшити на 30% ризик фібриляції передсердь), відновлює синусовий ритм (покращує систолічну і діастолічну функцію незалежно від наявності ЦД), зменшує розмір ураження та посилює реперфузію пошкодженої ділянки після перенесеного інфаркту міокарда з елевацією сегмента ST, зменшує гіпертрофію лівого шлуночка і, як вважають, — фіброз (позитивно впливає на NTproBNP), сприяє вазодилатації легеневої артерії (відтак знижується легенева гіпертензія), пригнічує надмірну концентрацію реніну, альдостерону, підвищує адипонектин. Піоглітазон також має винятковий вплив на інсулінову резистентність, що, як патогенетична ланка, фігурує не лише при ЦД2, але й при серцево-судинних захворюваннях атеросклеротичного генезу. За умови підвищеного індексу HOMA-IR через гіперінсулінемію піоглітазон — препарат вибору. Крім зазначеного вище, піоглітазон також належить до недорогих і доступних лікарських засобів, поряд із похідними сульфонілсечовини (ПСС).

ПСС ще залишаються в рекомендаціях лікування, але із цієї групи віддають перевагу препарату третього покоління — глімепіриду. Порівняно з іншими представниками групи (першого і другого поколінь), глімепірид супроводжується значно меншим ризиком появи гіпоглікемій. До слова зазначимо, що американський розподіл препаратів у групі відрізняється від європейських класифікацій у відповідних фармакопеях. За американською версією глімепірид — єдиний препарат третьої генерації, до другої зараховують глібенкламід, а до першої — гліклазид (на американському фармацевтичному ринку відсутній).

У клінічних випадках навіть після досягнення цільової втрати ваги, щоб підтримати метаболічні ефекти, закріпитися в них і їх стабілізувати, рекомендують продовжувати фармакотерапію. У поточному документі ADA до таких препаратів зараховують GLP-1 агоністи, комбіновані агоністи GIP/GLP-1, піоглітазон. За ефективністю ін'єкційні засоби з перших двох згаданих груп розподілили в такому порядку: тірзепатид (Mounjaro®, Zepbound®) > семаглутид (Ozempic®, Wegovy®) > ліраглутид (Victoza®, Saxenda®) > дулаглутид (Trulicity®) > екзенатид (Bydureon®). Найновіший потрійний агоніст ретатрутид (Vigelan®) у цьому нормативному документі ADA не згадується.

У рекомендаціях акцентується увага на ранній діагностиці та профілактиці цукрового діабету 1-го типу (ЦД1). З цією метою радять здійснювати пошук автоантитіл в осіб із групи ризику ще до появи характерної діабетичної симптоматики. Це дасть змогу вжити відповідних заходів для попередження гострої і небезпечної ситуації у вигляді діабетичного кетоацидозу. Рання діагностика може працювати і на призупинення маніфестації ЦД1. Зокрема, імуномодуючий препарат теплізумаб здатний відтермінувати захворювання на 2-3 роки.

У контексті ЦД2 піоглітазон включено до засобів профілактики. Наразі маємо такі два препарати вибору — метформін і піоглітазон. Обидва єдині у своїх групах: бігуанідів і тіазолідиндіонів відповідно. Доведено, що піоглітазон здатний додатково знизити ризик транзиторної ішемічної атаки, інсульту та інфаркту міокарда. У зв'язку із цим він рекомендований як засіб первинної та вторинної профілактики зазначених вище станів. Застереження стосуються ризику появи набряків, набору ваги, переломів. Зменшення дозування препарату допомагає уникнути побічних ефектів.

Вагітність, що перебігає на тлі різних типів ЦД (гестаційний, тип 1, тип 2), вперше подається в одній секції, де уточнюються цільові рівні глікемії, особливості використання CGM та автоматизованих систем доставки інсуліну (англ. AID system). Зокрема, цільовий рівень глікованого гемоглобіну (HbA1c) для вагітних становить <6%. У підрозділі пероральних препаратів йдеться про виключення глібенкламіду й метформіну як препаратів першої лінії для зниження рівня глюкози. Їх слід замінити на інсулінотерапію. Якщо до вагітності пацієнтка перебувала на метформіні з приводу синдрому полікістозних яєчників, після першого триместру його відмінюють. У додаткових призначеннях для вагітних з'явилася фолієва кислота в дозуванні 400-800 мкг/добу.

У тій частині документа, що стосується дієти, упорядники наполягають на збільшенні рослинного білка й клітковини, а також достатньому споживанні води. Натомість необхідно зменшити в раціоні харчування ультраоброблені продукти й солодкі напої, а некалорійні підсолоджувачі використовувати помірно та короткочасно. Щодо способу життя, особливу увагу приділено дозованим фізичним навантаженням, які є надзвичайно важливими, зокрема для пацієнтів, що застосовують засоби для зниження маси тіла або перенесли бariatричне хірургічне втручання.

Глікемічні цілі для осіб старшого віку залежать від супутньої патології, особливостей перебігу ЦД, ступеня ризику гіпоглікемій, а тому вміст HbA1c встановлено в межах <7-7,5%.

До переліку груп препаратів із високим ризиком гіпоглікемій зараховують такі: ПСС (гліклазид, глібенкламід, гліквідон, гліпізид, глімепірид

тощо), меглітиніди (репаглінід, натеглінід), препарати інсуліну. За необхідності призначення згаданих вище препаратів у комбінації з препаратами інших груп їхнє дозування слід знижувати.

Необхідно уникати поєднаного застосування інгібіторів DPP-4 з агоністами GPP-1 і/або комбінованими агоністами GIP/GLP-1, а також ПСС із меглітинідами.

Щодо метформіну також з'явилися нововведення. Вважають, що метформін за потреби можна додати до будь-якої терапії, але починати з нього слід лише у випадках, коли пацієнт не має жодної поєднаної із ЦД коморбідності.

Надзвичайно важливою рекомендацією ADA є віддання переваги препаратам із різнобічними властивостями. Йдеться про особливості впливу на такі органи, фактори і процеси, як серце, судини, нирки, печінка, вага, гіпоглікемія, вартість, доступність, небажані наслідки.

Значна увага приділяється освітній програмі підтримки самоконтролю при ЦД (англ. DSMES), яку вважають обов'язковою частиною сучасного ведення пацієнтів. Програма ставить перед собою такі цілі: навчити пацієнта розуміти суть ЦД, його ускладнення та принципи лікування; сформувати навички самоконтролю (моніторинг глюкози, харчування, фізична активність, прийом пероральних, ін'єкційних препаратів і/або інсуліну); забезпечувати психологічну підтримку (зменшення стресу, розвиток впевненості у своїх діях); покращувати клінічні результати (досягнення цільових рівнів HbA1c, артеріального тиску, ваги тощо); зменшувати ризик ускладнень

і госпіталізацій. Програми повинні проводитися сертифікованими діабетологами, медсестрами, дієтологами, психологами у вигляді індивідуальних консультацій, групових занять (очних, на онлайн-платформах чи мобільних застосунках). Темі навчальної програми DSMES пропонуються пацієнтові під час визначальних моментів (встановлення діагнозу, поява ускладнень, зміна терапії), а також щорічно для оновлення отриманих знань.

З'явилися нові акценти щодо вербального аспекту комунікації як серед лікарського персоналу, так і під час спілкування з пацієнтом. Зокрема, рекомендується уникати вживання терміну «діабетик» і натомість використовувати вирази на кшталт «особа з діабетом». На щастя, в українській ендокринологічній термінології мовний конструкт «діабетик» не є поширеним, проте зміщення уваги з хвороби (у цьому випадку — цукрового діабету) на людину має велике значення.

Зміни та нововведення Американської діабетичної асоціації від 2025 р. відображають зсув від звичайного контролю глюкози до багатоаспектного підходу, що враховує серцеву і ниркову безпеку, печінкову функцію, неврологічну складову тощо. Водночас залишається актуальним питання індивідуального підходу, зважаючи на вік, стать, звички, особливості праці, культурне середовище, специфічні побажання пацієнта. Такий комплексний підхід підвищує шанси на успішне лікування, профілактику ускладнень і небажаних наслідків, а загалом — покращення якості та тривалості життя пацієнтів із ЦД.

KEY INNOVATIONS IN THE 2025 AMERICAN DIABETES ASSOCIATION GUIDELINES

O.P. Kikhtyak, Kh.A. Moskva, T.A. Kikhtiak

Abstract. The 2025 Standards of Care in Diabetes by the American Diabetes Association (ADA) present major updates that emphasize a multidimensional, patient-centered approach. Continuous glucose monitoring (CGM) is now recommended regardless of insulin use, expanding its role in type 2 diabetes management. Greater priority is given to GLP-1 receptor agonists and dual GIP/GLP-1 agonists, not only for glycemic and weight control but also for cardiovascular, renal, and hepatic protection. Pioglitazone remains an important option for type 2 diabetes and its complications. Resmetirom, as a new drug, is highlighted for metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD). Prevention strategies include early autoantibody screening and immunotherapy (teplizumab) for type 1 diabetes, and pioglitazone alongside metformin for type 2 diabetes. Special guidance addresses pregnancy, older adults, and high hypoglycemia risk. Lifestyle recommendations stress plant-based proteins, fiber, hydration, physical activity, and reduced intake of ultra-processed foods. The document also underscores diabetes self-management education (DSMES) and non-stigmatizing communication. Overall, ADA 2025 shifts from glucose-centric management toward comprehensive care to improve outcomes, prevent complications, and enhance quality of life for people with diabetes.

Keywords: diabetes mellitus, GLP-1 agonists, pioglitazone, resmetirom, diabetes self-management education and support (DSMES) programs.

Для цитування: Кіхтяк ОП, Москва ХА, Кіхтяк ТА. Визначальні нововведення в рекомендаціях Американської діабетичної асоціації за 2025 рік. Практикуючий лікар № 3-25, с. 4-7. DOI: 10.31793/2413-5461.2025.14-3.4.

Адреса для листування: Кіхтяк Олеся Павлівна, olesya66k@gmail.com; кафедра ендокринології, ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», вул. Пекарська, 69, Львів, 79010, Україна.

Відомості про авторів: Кіхтяк Олеся Павлівна, olesya66k@gmail.com; докторка медичних наук, професорка кафедри ендокринології, ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького». ORCID:

<https://orcid.org/0000-0002-1261-1939>. Москва Христина Андріївна, xuctia@hotmail.com; докторка медичних наук, доцентка кафедри ендокринології, ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького». ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3366-1975>. Кіхтяк Тарас Андрійович, vinil13@ukr.net; аспірант кафедри хірургії № 2, ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького». ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-9619-684X>.

Особистий внесок: Кіхтяк Олеся Павлівна — генераторка ідеї написання статті, інтерпретація результатів, аналіз проблеми, проведення пошуку літератури. Москва Христина

Андріївна — аналіз літератури, інтерпретація результатів, оформлення статті відповідно до вимог. Кіхтяк Тарас Андрійович — аналіз проблеми, проведення пошуку літератури.

Фінансування: Стаття підготовлена за власні кошти.

Декларація: Автори задекларували відсутність конфлікту інтересів і фінансових зобов'язань.

Проходження статті: Надійшла до редакції 07.07.2025 р., прийнята на друкування 31.07.2025 р., надрукована 30.09.2025 р.

For citation: Kikhtyak OP, Moskva KhA, Kikhtiak TA. Key innovations in the 2025 American Diabetes Association guidelines. *The Practitioner*, 2025, № 2, p. 4-7. DOI: 10.31793/2413-5461.2025.14-3.4.

Correspondence address: Kikhtyak Olesya, olesya66k@gmail.com; Department of Endocrinology, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, 69 Pekarska Str., Lviv, 79010, Ukraine.

Information about the authors: Kikhtyak Olesya, olesya66k@gmail.com; MD, DSc, Professor at the Department

of Endocrinology, Danylo Halytsky Lviv National Medical University. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1261-1939>. Moskva Khrystyna, xuctia@hotmail.com; MD, DSc, Associate Professor at the Department of Endocrinology, Danylo Halytsky Lviv National Medical University. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3366-1975>. Kikhtiak Taras, vinil13@ukr.net; PhD student at the Department of Surgery #2, Danylo Halytsky Lviv National Medical University. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-9619-684X>.

Personal contribution: Kikhtyak Olesya — conceptualization, original draft preparation, interpretation of results, problem analysis, literature search. Moskva Khrystyna — literature analysis, structuring of the collected data, preparation of the article in compliance with the guidelines. Kikhtiak Taras — problem analysis, literature search.

Funding: The article has been prepared with own funds.

Declaration of Ethics: The authors declare that there is no conflict of interest or financial bias.

Article: Received 07.07.2025, accepted 31.07.2025, published 30.09.2025.