

# Клінічні практичні рекомендації Британської ниркової асоціації: інгібування натрійзалежного котранспортера глюкози 2-го типу (НЗКТГ-2)<sup>1</sup> у дорослих із хворобою нирок

## Резюме рекомендацій

Автори:

Співголови робочої групи: асоц. професор Вільям Г. Геррінгтон та д-р Ендрю Х. Франкель

Повний текст рекомендацій доступний за посиланням: <https://ukkidney.org/health-professionals/guidelines/guidelines-commentaries>

## UK Kidney Association Clinical Practice Guideline: Sodium-Glucose Co-transporter-2 (SGLT-2) Inhibition in Adults with Kidney Disease

### Summary of Recommendations

Authors:

Working Group co-chairs: Assoc. Prof. William G. Herrington & Dr Andrew H. Frankel

The full guideline is available at: <https://ukkidney.org/health-professionals/guidelines/guidelines-commentaries>

### Резюме рекомендацій

Рекомендації для використання у людей з рШКФ $\geq 25$ мл/хв/1,73 м <sup>2</sup>		
Розділ 2. Люди з ЦД 2-го типу		Рівень
1	2	3
1	Ми рекомендуємо призначення іНЗКТГ-2* у разі: а) САК $\geq 25$ мг/ммоль, що пов'язане з діабетичною нефропатією; б) встановленої ішемічної хвороби серця або стабільної симптоматичної серцевої недостатності (незалежно від фракції викиду)	1A
2	Ми рекомендуємо призначення іНЗКТГ-2 при САК $\geq 25$ мг/ммоль, що пов'язане з недіабетичною причиною <sup>‡</sup>	1B
3	Ми пропонуємо призначення іНЗКТГ-2 для корекції серцево-судинного ризику при рШКФ 25–60 мл/хв/1,73 м <sup>2</sup> та САК $< 25$ мг/ммоль, розуміючи, що вплив на глікемічний контроль буде обмежений	2B
Розділ 3. Особи без ЦД		
1	Ми рекомендуємо призначення іНЗКТГ-2* у пацієнтів зі стабільною симптоматичною серцевою недостатністю (незалежно від фракції викиду)	1A
2	Ми рекомендуємо призначення іНЗКТГ-2* при САК $\geq 25$ мг/ммоль, за винятком людей з полікістозом нирок або пацієнтів, які отримують імунологічну терапію з приводу захворювань нирок <sup>‡</sup>	1B

<sup>1</sup>Призначення іНЗКТГ-2. — Прим. редактора.

Продовження табл.

1	2	3
<p>*Перегляньте розділ 4 для короткого опису показань/ліцензованого використання.                      †DAPA-CKD надає ключові клінічні докази, за винятком людей із трансплантованою ниркою, полікістозом нирок, вовчаковим нефритом, ANCA-асоційованим васкулітом та тих, хто отримує імунологічну терапію з приводу захворювання нирок протягом останніх 6 місяців.</p>		
<b>Рекомендації до впровадження</b>		
<b>Розділи 2 і 3. Особи з ЦД або без нього (крім 1-го типу)</b>		<b>Рівень</b>
1	Ми рекомендуємо використовувати інгібітори НЗКТГ-2 із доведеною ефективністю для даних показань*	1A
2	Ми рекомендуємо використовувати клінічно прийнятну блокаду РАС одним препаратом у поєднанні з іНЗКТГ-2, коли є показання та переносимість блокади РАС	1A
3	Ми пропонуємо дотримуватися рекомендацій NICE щодо скринінгу на альбумінурію (NICE NG203): одноразове САК $\geq 70$ мг/ммоль або підтверджений результат у діапазоні 25–69 мг/ммоль відповідає рекомендаціям щодо використання іНЗКТГ-2 на основі альбумінурії	2C
4	Ми пропонуємо використовувати САК для оцінки значущої протеїнурії, щоб обґрунтувати використання іНЗКТГ-2: тест-смужки для оцінки співвідношення білок/креатинін, як правило, не слід використовувати (NICE NG203). Ми визнаємо, що можуть знадобитися більш доступні підходи до визначення ризику прогресування захворювання нирок, поки місцеві можливості вимірювання САК поліпшаться	2C
5	Ми вважаємо, що застосування для уповільнення прогресування захворювання нирок або ризику серцевої недостатності іНЗКТГ-2 можна продовжувати до тих пір, поки не виникне потреба в діалізі або трансплантації нирки	2B
6	Ми пропонуємо розглянути можливість спільного призначення іНЗКТГ-2 з антагоністом мінералокортикоїдних рецепторів, коли кожен призначається окремо	2B
7	Ми вважаємо, що застосування іНЗКТГ-2 є сприятливим для ниркових подій у людей із ЦД 2-го типу, ймовірно, це ефект класу, але недостатньо даних про людей без ЦД, щоб формулювати остаточні висновки	2B
8	Ми вважаємо, що сприятливий вплив призначення іНЗКТГ-2 на серцеву недостатність, ймовірно, буде ефектом класу, незалежно від наявності чи відсутності ЦД	2B
<b>Розділ 5a. Діабетичний кетоацидоз</b>		<b>Рівень</b>
1	Ми рекомендуємо особам із ЦД 1-го типу приймати іНЗКТГ-2 лише під суворим наглядом спеціалістів з діабету	1C
2	Ми рекомендуємо людям із ЦД 2-го типу і великим ризиком діабетичного кетоацидозу (ДКА) (визначений у табл. 5a.1) призначати іНЗКТГ-2 з обережністю після обговорення зі спеціалістами з діабету	1C
3	Ми рекомендуємо припинити прийом іНЗКТГ-2, коли у пацієнта розвивається діабетичний кетоацидоз	1A
4	Ми пропонуємо, щоб після епізоду ДКА та коли був визначений очевидний фактор, що йому сприяє, було проведено обговорення з особою та клінічною групою, щоб з'ясувати, чи є переваги повторного призначення іНЗКТГ-2 або переважають ризики	2D
5	Починаючи прийом іНЗКТГ-2, ми пропонуємо поінформувати пацієнтів про ознаки та симптоми ДКА та надати інструкції щодо тимчасового припинення прийому іНЗКТГ-2 та негайного звернення до лікаря у разі розвитку таких симптомів	1C
6	Ми завжди пропонуємо рекомендації з вимушеного пропуску роботи під час прийому іНЗКТГ-2, також слід нагадувати пацієнтам про це під час кожного перегляду ліків	1C
7	Ми пропонуємо людям, які приймають іНЗКТГ-2, не дотримуватися кетогенної дієти	2C
8	Ми пропонуємо особам, які періодично голодують (наприклад, під час Рамадану), а особливо людям похилого віку, які приймають діуретики або хворіють на ХХН, розглянути можливість відмови від прийому інгібіторів НЗКТГ-2 протягом періоду голодування, а також особам із діабетом у разі поганого самопочуття слід провести тест на кетони	2D
<b>Розділ 5b. Гіпоглікемія</b>		
1	Ми рекомендуємо розглянути можливість зменшення дози інсуліну/сульфонілсечовини/меглітинідів на початку прийому інгібіторів НЗКТГ-2 для зниження ризику гіпоглікемії	1C
2	Ми рекомендуємо при початку прийому інгібіторів НЗКТГ-2 в осіб, які приймають сульфонілсечовину (наприклад, гліклазид) або меглітиніди (наприклад, репаглінід), при HbA1c $< 58$ ммоль/ммоль та рШКФ $> 45$ мл/хв/1,73 м <sup>2</sup> розглянути можливість зменшення дози сульфонілсечовини або меглітиніду на 50 % для зниження ризику гіпоглікемії	1C

1	2	3
3	Ми рекомендуємо розпочинати прийом інгібіторів НЗКТГ-2 особам, які приймають інсулін, але при $HbA1c < 58$ ммоль/моль і рШКФ $> 45$ мл/хв/1,73 м <sup>2</sup> розглянути можливість зменшення дози інсуліну на 20 %, щоб уникнути гіпоглікемії	1C
4	Ми рекомендуємо на початку лікування інгібіторами НЗКТГ-2 особам, які приймають тільки метформін ± піоглітазон ± ДПП-4і/гліптини або агоністи рецепторів GLP-1, не проводити корекції доз названих ліків	1C
<b>Розділ 5с. Гостре ураження нирки, гіповолемія та калій</b>		
1	Ми рекомендуємо пацієнтам, які почали приймати інгібітори НЗКТГ-2, не проводити звичайної ранньої оцінки функції нирок або рівня калію після початку лікування	1C
2	Ми вважаємо, що, якщо пацієнту проведена індивідуальна оцінка функції нирок протягом перших кількох тижнів після початку прийому інгібітору НЗКТГ-2, зниження рШКФ потрібно інтерпретувати з обережністю та в контексті очікуваного ефекту препарату, щоб уникнути необгрунтованого припинення лікування	2B
3	Ми пропонуємо особі, які приймають діуретики, консультувати щодо симптомів гіповолемії та порадити звернутися за медичною допомогою, якщо у них виникнуть такі симптоми після початку прийому іНЗКТГ-2	2B
4	Ми пропонуємо клініцистам розглянути необхідність консультації та, якщо необхідно, зменшити дозу діуретика або антигіпертензивного засобу в осіб, які, на їх думку, мають високий ризик гіповолемії	2C
5	Ми рекомендуємо тимчасово припинити прийом інгібіторів НЗКТГ-2 під час гострого захворювання (див. рекомендації щодо днів непрацездатності в розділі 5а.1.2)	1C
<b>Розділ 5d. Ризик захворювання периферійних судин та ампутації</b>		
1	Ми пропонуємо уникати застосування інгібіторів НЗКТГ-2 за наявності активних захворювань стоп (інфекція, виразка та ішемія) та утриматися від лікування тих, у кого виникають ускладнення на стопі під час прийому іНЗКТГ-2	2B
2	Ми пропонуємо спільний підхід до прийняття рішень із відповідними консультаціями щодо ризиків та переваг лікування та важливості рутинних профілактичних заходів із догляду за ногами: — для осіб із високим ризиком ампутації (попередні ампутації, наявні хвороби периферійних судин, периферична нейропатія); — повторне призначення інгібіторів НЗКТГ-2 після лікування та повного усунення ускладнень на стопі, які виникали під час прийому іНЗКТГ-2	2B
<b>Розділ 5е. Ризик перелому</b>		
1	В осіб із ХХН, які лікуються інгібіторами НЗКТГ-2, ми пропонуємо проводити моніторинг параметрів кісток, включаючи кальцій, фосфор і ПТГ, відповідно до стадії ХХН (див. NICE NG203)	2D
<b>Розділ 5f. Супутні хвороби та уразливість</b>		
1	Ми пропонуємо підхід до догляду, який враховує уразливість та коморбідність, якщо є доцільність його застосування. Це може включати: — встановлення цілей, цінностей та пріоритетів людини; — розгляд балансу захворювання та тягаря лікування (наприклад, прогностичні переваги для людей з обмеженою очікуваною тривалістю життя або слабкістю); — узгодження індивідуального плану управління	2D
<b>Розділ 5g. Мікотичні генітальні інфекції та гангрена Фурньє</b>		
1	Ми рекомендуємо проконсультувати всіх пацієнтів щодо ризику мікотичних генітальних інфекцій перед початком застосування інгібіторів НЗКТГ-2	1D
2	Ми рекомендуємо усім пацієнтам отримувати консультації щодо догляду за собою, щоб підтримувати належну гігієну статевих органів	1C
3	Ми рекомендуємо всіх пацієнтів консультувати щодо симптомів мікотичних генітальних інфекцій і як звернутися за допомогою, включаючи самолікування	1D
4	Ми пропонуємо, щоб для тих пацієнтів, у яких в анамнезі були рецидивуючі мікотичні генітальні інфекції при призначенні іНЗКТГ-2, розглянути можливість запропонувати профілактичне протигрибкове лікування, яке слід переглянути через 6 місяців терапії або раніше, якщо є клінічні показання	2D
5	Ми вважаємо, що терапію іНЗКТГ-2 можна продовжувати під час лікування грибкових генітальних інфекцій	2D

**Закінчення табл.**

1	2	3
6	Ми підкреслюємо конкретне попередження регулюючого органу з обігу ліків і пропонуємо всім людям проводити консультації щодо симптомів гангрени Фурнье та порадити припинити прийом інгібіторів НЗКТГ-2 та терміново звернутися за допомогою, якщо у них з'являться такі симптоми	2D
<b>Розділ 5h. Інфекція сечових шляхів</b>		
1	Ми рекомендуємо тимчасово припинити прийом інгібіторів НЗКТГ-2 під час лікування пієло-нефриту або уросепсису (див. рекомендації щодо днів непрацездатності в розділі 5a.1.2)	1C
<b>Розділ 5i. Діти, вагітність та грудне вигодовування</b>		
1	Ми пропонуємо не застосовувати інгібітори НЗКТГ-2 дітям віком до 18 років	2D
2	Ми пропонуємо всім жінкам репродуктивного віку перед зачаттям проконсультуватися щодо ризику застосування інгібіторів НЗКТГ-2 під час вагітності	2D
3	Ми пропонуємо припинити терапію іНЗКТГ-2 після планування, підозри або підтвердження вагітності	2D
4	Ми пропонуємо не застосовувати інгібітори НЗКТГ-2 жінкам, які годують груддю	2D
<b>Розділ 7a. Особи з ЦД 1-го типу</b>		
1	Ми рекомендуємо починати прийом інгібіторів НЗКТГ-2 особам із ЦД 1-го типу лише під суворим наглядом спеціалістів з діабету	1C
2	Ми пропонуємо розглянути можливість направлення хворих із ЦД 1-го типу до групи спеціалістів із цукрового діабету для розгляду можливості призначення іНЗКТГ-2, якщо у них рШКФ $\geq 25$ мл/хв/1,73 м <sup>2</sup> та САК $\geq 25$ мг/ммоль, що пов'язані з діабетичною нефропатією, незважаючи на те, що вони отримують максимально переносиму дозу іАПФ/БРА	2D
3	Ми рекомендуємо всім особам із ЦД 1-го типу, які почали приймати інгібітори НЗКТГ-2, забезпечити моніторинг кетонів, поінформувати про ознаки та симптоми ДКА та негайно звернутися за медичною допомогою, якщо розвивається будь-який із цих симптомів або рівень кетонів перевищує 0,6 ммоль/л	1B
<b>Резюме</b>		
<b>Розділ 7b. Реципієнти нирки</b>		<b>Рівень</b>
1	Зараз недостатньо доказів безпеки та ефективності для надання рекомендацій щодо застосування іНЗКТГ-2 в осіб із функціонуючою трансплантованою ниркою	–
2	Будь-яке застосування іНЗКТГ-2 для лікування цукрового діабету у реципієнта трансплантованої нирки має оцінюватися шляхом міждисциплінарного обговорення	2D
<b>Розділ 7c. Серцева недостатність із збереженою фракцією викиду та гостра декомпенсована серцева недостатність</b>		
1	На даний момент недостатньо доказів для надання подальших рекомендацій щодо застосування іНЗКТГ-2 в осіб із гострою декомпенсованою серцевою недостатністю	–

**Summary of recommendations**

<b>Recommendations for use in people with an eGFR <math>\geq 25</math> mL/min/1.73 m<sup>2</sup></b>		
<b>Section 2. People with type 2 DM</b>		<b>Grade</b>
1	2	3
1	We recommend initiating SGLT-2 inhibition* in those with: a) uACR of $\geq 25$ mg/mmol attributed to diabetic nephropathy; b) Established coronary disease or stable symptomatic heart failure (irrespective of ejection fraction)	1A
2	We recommend initiating SGLT-2 inhibition in those with a uACR of $\geq 25$ mg/mmol attributable to a non-diabetic cause*	1B
3	We suggest initiating SGLT-2 inhibition to modify cardiovascular risk in those with an eGFR 25–60 mL/min/1.73 m <sup>2</sup> and uACR $< 25$ mg/mmol, recognising effects on glycaemic control will be limited	2B
<b>Section 3. People without DM</b>		
1	We recommend initiating SGLT-2 inhibition* in those with stable symptomatic heart failure (irrespective of ejection fraction)	1A

1	2	3
2	We recommend initiating SGLT-2 inhibition* in those with a uACR of $\geq 25$ mg/mmol, excluding people with polycystic kidney disease or on immunological therapy for renal disease <sup>‡</sup> *See section 4 for summary of indications/licensed uses. ‡DAPA-CKD provides the key clinical evidence and excluded people with a kidney transplant, polycystic kidney disease, lupus nephritis, ANCA-associated vasculitis, and those receiving immunological therapy for renal disease in the last 6 months	1B
<b>Recommendations for implementation</b>		
<b>Sections 2 &amp; 3. People with or without DM (excluding type 1)</b>		<b>Grade</b>
1	We recommend using SGLT-2 inhibitors with demonstrated efficacy for their given indications*	1A
2	We recommend using clinically appropriate single agent RAS blockade in combination with SGLT-2 inhibition, wherever RAS blockade is indicated and tolerated	1A
3	We suggest following NICE guidelines on screening for albuminuria (NICE NG203): a single uACR of $\geq 70$ mg/mmol or a confirmed measurement between 25–69 mg/mmol fulfil recommendations for use of SGLT-2 inhibition based on albuminuria	2C
4	We suggest using uACR to assess for sufficient proteinuria to guide SGLT-2 inhibitor use: reagent strips and protein:creatinine ratio should generally not be used (NICE NG203). We recognise that more pragmatic approaches to identifying risk of kidney disease progression may be necessary whilst local access to uACR measurement is improved	2C
5	We suggest that when used to slow kidney disease progression or heart failure risk, SGLT-2 inhibition can be continued until the need for dialysis or kidney transplantation arises	2B
6	We suggest that co-prescription of SGLT-2 inhibition with MRA can be considered, where each are individually indicated	2B
7	We suggest the beneficial effects of SGLT-2 inhibition on renal outcomes in people with type 2 DM are likely to be a class effect, but there is insufficient data in people without DM to be conclusive	2B
8	We suggest the beneficial effects of SGLT-2 inhibition on heart failure are likely to be a class effect, irrespective of the presence or absence of DM	2B
<b>Section 5a. Diabetic ketoacidosis</b>		<b>Grade</b>
1	We recommend that people with type 1 DM should only have SGLT-2 inhibitors initiated under the strict direction of the diabetes team	1C
2	We recommend that people with type 2 DM at greater risk of DKA (defined in Table 5a.1) should have SGLT-2 inhibitors initiated with caution after discussion with the diabetes team	1C
3	We recommend SGLT-2 inhibitors are discontinued when a patient develops DKA	1A
4	We suggest that after an episode of DKA and where a clear contributing factor has been identified, there should be discussion with the person and clinical team to establish whether the benefits of reintroducing an SGLT-2 inhibitor outweigh the risks	2D
5	When initiating SGLT-2 inhibitors, we suggest that individuals should be advised on the signs and symptoms of DKA and be instructed to temporarily withhold SGLT-2 inhibitors and to seek immediate medical advice if symptoms develop	1C
6	We recommend always offering advice on sick day guidance when initiating SGLT-2 inhibitors and reminding them of this at every medication review	1C
7	We suggest that individuals taking SGLT-2 inhibitors should be advised against following a ketogenic diet	2C
8	We suggest that for people who choose to intermittently fast (e.g. for Ramadan), and particularly for those who are elderly, on diuretics or have CKD, consider withholding SGLT-2 inhibitors for the duration of the fasting period and for those people with diabetes ketone testing should be undertaken if unwell	2D
<b>Section 5b. Hypoglycaemia</b>		<b>Grade</b>
1	We recommend considering reducing the dose of insulin/SUs/meglitinides when initiating SGLT-2 inhibitors to reduce the risk of hypoglycaemia	1C
2	We recommend that when initiating SGLT-2 inhibitors in people taking SUs (e.g. gliclazide) or meglitinides (e.g. repaglinide) when the HbA1c < 58 mmol/mol AND eGFR > 45 mL/min/1.73 m <sup>2</sup> , consider reducing dose of SU or meglitinide by 50 % to reduce risk of hypoglycaemia	1C
3	We recommend that when starting SGLT-2 inhibitors in people taking insulin when the HbA1c < 58 mmol/mol AND eGFR > 45 mL/min/1.73 m <sup>2</sup> , consider reducing the insulin dose by 20 % to avoid hypoglycaemia	1C

*Continuation of the table*

1	2	3
4	We recommend that when starting SGLT-2 inhibitors in people taking only metformin ± pioglitazone ± DPP-4i/gliptins or GLP-1RA therapy, no dosage adjustment is necessary	1C
<b>Section 5c. Acute kidney injury, hypovolaemia and potassium</b>		
1	We recommend that individuals initiated on an SGLT-2 inhibitor do not routinely require an early assessment of renal function or potassium following initiation of treatment	1C
2	We suggest that if an individual has a renal function assessment within the first few weeks post initiation of an SGLT-2 inhibitor, a decline in eGFR needs to be interpreted with caution and in the context of an expected drug effect to avoid unwarranted discontinuation of treatment	2B
3	We suggest that individuals on diuretics are counselled on the symptoms of hypovolaemia and advised to seek medical attention if they develop any such symptoms after starting SGLT-2 inhibition	2B
4	We suggest that clinicians consider an early clinical review and if appropriate a diuretic or antihypertensive dose reduction in individuals they consider at high risk of hypovolaemia	2C
5	We recommend that SGLT-2 inhibitors are temporarily withheld during acute illness (see sick-day guidance in section 5a.1.2)	1C
<b>Section 5d. Peripheral vascular disease and amputation risk</b>		
1	We suggest avoiding initiation of SGLT-2 inhibitors in the presence of active foot disease (infection, ulceration and ischaemia) and withholding treatment in those who develop foot complications whilst taking an SGLT-2 inhibitor	2B
2	We suggest a shared decision-making approach, with appropriate counselling on risks and benefits of treatment and the importance of routine preventative foot care measures for: — Individuals at high risk of amputation (previous amputations, existing PVD, peripheral neuropathy); — Re-initiation of SGLT-2 inhibitors after treatment and full resolution of a foot complication that occurred whilst taking SGLT-2 inhibitors	2B
<b>Section 5e. Fracture risk</b>		
1	In people with CKD treated with SGLT-2 inhibitors, we suggest monitoring of bone parameters including calcium, phosphate and PTH should be performed as appropriate for CKD stage (see NICE NG203)	2D
<b>Section 5f. Multimorbidity and frailty</b>		
1	We suggest an approach to care that takes account of frailty and multimorbidity where these apply. This can include: — Establishing the person's goals, values and priorities; — consideration of the balance of disease and treatment burden (for example, prognostic benefits in people with limited life expectancy or frailty); — agreeing an individualised management plan	2D
<b>Section 5g. Mycotic genital infections and fournier's gangrene</b>		
1	We recommend that all people are counselled on the risks of mycotic genital infections prior to initiation of SGLT-2 inhibitors	1D
2	We recommend that all people are counselled on self-care to maintain good genital hygiene	1C
3	We recommend that all people are counselled on the symptoms of mycotic genital infections and how to seek help including self-management	1D
4	We suggest that for those individuals with a history of recurrent mycotic genital infections on SGLT-2 inhibition, consideration is given to offering prophylactic anti-fungal treatment, which should be reviewed after 6 months of therapy or earlier if clinically indicated	2D
5	We suggest that SGLT-2 inhibitor therapy can be continued during the treatment of mycotic genital infections	2D
6	We highlight the specific MHRA warning and suggest that all people are counselled on the symptoms of Fournier's gangrene and advised to stop SGLT-2 inhibitors and to seek urgent help if they develop such symptoms	2D
<b>Section 5h. Urinary tract infection</b>		
1	We recommend temporary discontinuation of SGLT-2 inhibitors when treating pyelonephritis or urosepsis (see sick-day guidance in section 5a.1.2)	1C
<b>Section 5i. Children, pregnancy and breastfeeding</b>		
1	We suggest SGLT-2 inhibitors are not used in children under 18 years of age	2D

End of the table

1	2	3
2	We suggest that all women of child-bearing potential are counselled, prior to conception, on the risks of SGLT-2 inhibitors during pregnancy	2D
3	We suggest SGLT-2 inhibitor therapy is discontinued upon planning, suspicion or confirmation of pregnancy	2D
4	We suggest SGLT-2 inhibitors are not used in women who are breastfeeding	2D
<b>Section 7a. People with type 1 DM</b>		
1	We recommend that SGLT-2 inhibitors be initiated in people with type 1 DM, only under the strict direction of the diabetes team	1C
2	We suggest considering referring people with type 1 DM to the specialist diabetes team, for consideration of an SGLT-2 inhibitor, if they have an eGFR $\geq 25$ mL/min/1.73 m <sup>2</sup> and an uACR $\geq 25$ mg/mmol attributable to diabetic nephropathy despite being on maximum tolerated ACEi/ARB	2D
3	We recommend all people with type 1 DM started on SGLT-2 inhibitors be provided with ketone monitoring, be advised on the signs and symptoms of DKA and to seek immediate medical advice if any of these symptoms develop or ketone levels are $> 0.6$ mmol/L	1B
<b>Summary statements</b>		
<b>Section 7b. Kidney transplant recipients</b>		<b>Grade</b>
1	There is currently insufficient evidence on safety and efficacy to provide recommendations for use of SGLT-2 inhibition in people with a functioning kidney transplant	–
2	Any use of SGLT-2 inhibition to treat diabetes mellitus in a kidney transplant recipient should be evaluated by multi-disciplinary discussion	2D
<b>Section 7c. Heart failure with preserve ejection fraction and acutely decompensated heart failure</b>		
1	There is currently insufficient evidence to provide further recommendations for use of SGLT-2 inhibition in people with acutely decompensated heart failure	–

Переклад:

проф. Іванов Д.Д., к.м.н. Іванова М.Д., за редакцію проф. Соколової Л.К. ■