

Oxaláty v potravě: Je vhodné omezit potraviny s vysokým obsahem oxalátů. Vliv oxalátů ve stravě lze zmírnit zvýšením příjmu tekutin a kalcia (mléčné produkty), které vstřebávání oxalátů snižují. Potraviny nejvíce zatížené oxaláty jsou rebarbora, listová zelenina (špenát, mangold, rukola), červená řepa, ořechy, semena, sójové výrobky, čokoláda, čaj, jahody (35, 36).

Sodík: Vylučování vápníku přímo souvisí s vylučováním sodíku. U litiatiků je vhodné snížení příjmu sodíku na méně než 2 g/den (35).

Bílkoviny: Příjem živočišných bílkovin snižuje vylučování citrátu a zvyšuje vylučování vápníku a kyseliny močové ledvinami, čímž okyseluje moč. Je žádoucí omezit příjem bílkovin na méně než 80 g/den (35).

Dieta s nízkým obsahem tuku: Omezený příjem tuků je preventivním opatřením u enterální hyperoxalurie (35).

Úloha diabetu a obezity při tvorbě konkrementů: Inzulínová rezistence může snižovat vylučování citrátu močí a zvyšovat vylučování vápníku. Obezita je spojena se zvýšeným vylučováním oxalátu, kalcia, magnezia, síranu, fosfátu, kyseliny močové a cystinu močí a též vede ke snížení pH moči (vyšší endogenní produkce kyselin tukovou tkání). Snížení hmotnosti a lepší kompenzace diabetu pomáhá předcházet tvorbě konkrementů (35, 37).

b) Medikamenty

Thiazidová diuretika: Snižují kalcii, ale také navozují pozitivní vápníkovou bilanci, čímž zvyšují minerální kostní denzitu. Je ale potřeba vyhnout se hypokalemii a hyperurikemii. Obvyklá zahajovací dávka je 12,5–25 mg hydrochlorothiazidu. Většina pacientů by měla dostávat suplementaci citrátem draselným (35).

Alkalizační látky (kaliumcitrát a natriumcitrát): Citrát zvyšuje pH moči, ale působí i inhibici tvorby vápenatých jader (tvoří s vápníkem rozpustný komplex) a jejich růstu. Tento účinek je závislý na pH, vzrůstá se zvyšujícím se pH moči. Jejich použití se doporučuje u pacientů s i bez hypocitraturie. Upřednostňuje se použití draselné soli citrátu, protože užívání citrátu sodného vede

ke zvýšené kalcii. Obvyklá počáteční denní dávka v prevenci oxalátové litiázy je 5–7,5 g/den. Při dlouhodobém podávání se ale užívá nižších dávek, dávku upravujeme dle hodnoty kontrolní citraturie a kalemie. Suplementace citrátem hraje klíčovou roli při enterální hyperoxalurii (35, 38).

Hyperkalciurie při oxalátové litiáze: U pacientů s hyperkalciurií a/nebo hyperurikosurií lze použít thiazid s alopurinolem. Při podávání hydrochlorothiazidu 50 mg denně je monitorace a suplementace kalia nezbytná. Vhodná je kombinace s kalium šetřícím amiloridem, i když nemusí být dostačující. Vhodná je monitorace magnezemie. Zkušenosti s hydrochlorothiazidem (50 mg/den) a amiloridem (5 mg/den) ukázaly snížení počtu nově vzniklých konkrementů. Část hypokalciurického účinku thiazidu je způsobena zvýšenou absorpcí vápníku v proximálních tubulech (38, 39).

Suplementace kalcie (vápníkem): Suplementace kalcie se doporučuje jako preventivní opatření zejména u enterické hyperoxalurie. Kalcium umožňuje tvorbu kalciumoxalátového komplexu ve střevě. Vápník má být suplementován vždy s jídlem do 2 g/den. Preferovaným doplňkem vápníku je například citrát vápenatý, jelikož pomáhá také zvýšit vylučování citrátu močí. Doporučená dávka je 200–400 mg, pokud nelze zvýšit množství vápníku ve stravě (28, 40).

Alopurinol (inhibitor xantinoxidázy): U pacientů s kalciumoxalátovými konkrementy a hyperurikosurií lze zvážit užívání alopurinolu v dávce 300 mg denně jako prevence recidivy litiázy. Kyselina močová (natriumurat) usnadňuje vysrážení krystalů šťavelanu vápenatého (41).

Soli magnezia: Vhodná je dávka 200–400 mg magnezia/den, zejména při výskytu hypomagnezie a enterální hyperoxalurie, ale obecně se doporučuje všem pacientům s oxalátovými konkrementy, vyjma těch s renální insuficiencí (42).

Pyridoxin (Vit B₆): U primární hyperoxalurie je počáteční dávka 5 mg/kg/den a následná dávka 5–20 mg/kg/den (42).

Hydrogenuhlíčan sodný (bikarbonát): Počáteční dávka je 4,5 g/den při potřebě alkalizace a/nebo přítomnosti hypocitraturie, dlouhodobě se