

ABSTRAKTA

3. pracovní den Sekce lékárenství

Sobota 28. března 2026
Lékařský dům Praha

Akci pořádají:
Sekce lékárenství ČFS ČLS JEP
a Spolek farmaceutů v Praze





SOBOTA / 28. 3. 2026

08.45	Zahájení	13.30	Osteoporóza u osob starších 75 let prof. MUDr. Jan Štěpán, DrSc. Revmatologická klinika 1. LF UK, Praha
09.00	Biologie stárnutí od tkání po molekuly RNDr. Zdeňka Drastichová, Ph.D. Katedra fyziologie, Přírodovědecká fakulta UK, Praha	14.10	Nemoci ledvin ve stáří – společný pohled nefrologa, geriatra a klinického farmaceuta prof. MUDr. Sylvie Dusilová Sulková, DrSc., MUDr. Božena Jurašková, Ph.D., prof. MUDr. Eva Topinková, CSc., PharmDr. Eliška Dvořáčková, Ph.D., doc. PharmDr. Daniela Fialová, Ph.D.
9.40	Léčba nespavosti u seniorů MUDr. Eva Miletínová, M.Sc. et M.Sc., Ph.D. Oddělení spánkové medicíny, Národní ústav duševního zdraví Klecany	14.50	Geriatrická paliativní péče MUDr. Mgr. Dana Hrnčiariková, PhD. III. interní klinika LF Hradec Králové
10.15	Urologické problémy seniorů a jejich léčba MUDr. Kateřina Vlachová Geriatrická interní klinika a Centrum následné péče FNMH, Praha	15.30	Srdeční selhání – možnosti léčby MUDr. Barbora Kološová III. interní klinika – klinika endokrinologie a metabolismu 1. LF UK, Praha
10.50	Přestávka na kávu	16.10	Diskuze k předneseným tématům
11.15	Syndrom suchého oka z pohledu oftalmologa MUDr. Petr Výborný, CSc., FEBO Oční klinika 1. LF UK a ÚVN Praha	16.30	Zakončení Pracovního dne
12.00	Přestávka na oběd		

Biologie stárnutí od tkání po molekuly

RNDr. Zdeňka Drastichová, Ph.D.

Katedra fyziologie, Přírodovědecká fakulta, Univerzita Karlova, Praha

Fyziologie stárnutí představuje časově závislý a postupný pokles funkcí organismu. U mladých jedinců je zachována funkční rovnováha mezi udržováním, opravou a zátěží. U starších jedinců je tato rovnováha posunuta k pouhému udržení základních funkcí, což snižuje adaptační rezervy a možnosti remodelace a plasticity. Aktivní opravné mechanismy selhávají a při jakékoliv zátěži chybí organismu dostatečná kapacita reagovat. Důsledkem takového stresu jsou nepřiměřené reakce, pomalý návrat k rovnováze a křehkost.

Stárnutí na úrovni tkání a orgánů je pro širokou veřejnost snadno představitelné, neboť se s ním setkáváme v běžném životě. Chceme-li však poznat skutečné příčiny stárnutí, musíme se ponořit hlouběji – nejprve na úroveň buněčnou a následně na úroveň molekulární. Již několik desetiletí víme, že i buňky postupně stárnou nebo mohou podléhat buněčné smrti. Stárnutí buněk (senescence) však nevede přímo k buněčné smrti; ta je vyvolána odlišnými podněty. Senescentní buňky zůstávají metabolicky aktivní, a pokud nejsou eliminovány imunitním systémem, mohou svou produkcí cytokinů a dalších faktorů podporovat přechod sousedních buněk do senescentního stavu. Nárůst počtu senescentních buněk postupně přispívá k oslabení funkcí tkání a orgánů a k poklesu jejich schopnosti adaptace a regenerace.

Přechod buněk do senescentního stavu je spojen se zastavením buněčného cyklu, tedy buňky se dále nedělí. Tento proces může být vyvolán několika faktory: neopravitelným poškozením DNA, zkrácením telomer, epigenetickými porucha-

mi, mechanickými a cytoskeletárními stresy, onkogenními signály nebo metabolickými dysfunkcemi včetně poškození mitochondrií. Je tak zřejmé, že pokud veškeré opravné mechanismy nefungují správně, buňce nezbyvá než vstoupit do senescence. Nezbytnými předpoklady pro účinné opravy jsou funkční buněčný metabolismus a vnitrobuněčná signalizace, které reagují na příjem živin a mikro-nutrientů. Integraci těchto signálů zajišťují zejména dráhy mTOR, AMPK, inzulinová/IGF-1 signalizace společně se sirtuiny, které jako NAD⁺-dependentní deacetylázy propojují energetický stav buňky s regulací genové exprese a opravnými procesy. Tyto dráhy společně rozhodují o rovnováze mezi anabolickými procesy a buněčnou údržbou. Při nadměrné aktivaci růstových drah nebo naopak při chronickém energetickém stresu, poruše metabolické signalizace a poklesu dostupnosti NAD⁺ dochází k narušení autofagie a mitofagie, oslabení proteostázy a snížení účinnosti oprav DNA a chromatinu. Současně se zvyšuje oxidační stres a narůstá buněčné poškození. V takovém prostředí se senescence stává adaptivní, avšak dlouhodobě maladaptivní odpovědí, která chrání genom jednotlivé buňky, ale přispívá k funkčnímu úpadku tkání.

V současné době neexistují přímé postupy, jak stárnutí zcela zvrátit. Lze však odvodit, že významný vliv na stárnutí má životní styl, strava, kvalita spánku, pohyb, mezilidské vztahy nebo okolní prostředí, ve kterém žijeme. Výzkumné studie naznačují, že možnou cestou je dediferenciace buněk a indukce pluripotence se současným restartem epigenetických vzorců, kdy lze specializované buňce vrátit vlastnosti podobné kmenovým buňkám. Z nich mohou být opětovně odvozeny různé typy buněk, což by umožnilo obnovu tkáně. Mnohé výzkumné týmy se soustředí na identifikaci molekul schopných potlačit patologické procesy stárnutí. Ny-

nější možnosti terapeutického zásahu zahrnují senolytika, odstraňující senescentní buňky, nebo senomorfika, které modifikují senescentní fenotyp. Na širším trhu se vyskytují doplňky stravy, jako je resveratrol a NMN (nikotinamid mononukleotid), které podporují správnou funkci sirtuinů. Významným faktorem je také schopnost potlačit projevy chronického zánětu – ať už životním stylem, farmaky, metabolickými a molekulárními zásahy nebo imunitní modulací.

Celkově tak současný výzkum naznačuje, že kombinace prevence, podpory buněčných oprav a cílených terapeutických zásahů může zpomalit stárnutí a udržet funkční integritu tkání a orgánů co nejdéle.

Léčba nespavosti u seniorů

MUDr. Eva Miletínová, M.Sc. et M.Sc., Ph.D.

Oddělení spánkové medicíny, Národní ústav duševního zdraví, Klecany

Potíže se spánkem představují častý zdravotní problém ve vyšším věku. V průběhu stárnutí dochází k fyziologickým změnám spánku, které se projevují zejména zhoršením jeho kvality, zkrácením celkové délky nočního spánku a odlišnému rozložení spánku během 24 hodin. Současně dochází ke změnám v regulačních mechanismech spánku, které se manifestují jak alteracemi cirkadiánních rytmů, tak spánkové architektury, zejména v zastoupení jednotlivých spánkových stádií.

Ve věkové skupině nad 65 let se kromě primárních poruch spánku často vyskytují také poruchy sekundární, vznikající v souvislosti s komorbidními neurologickými či psychiatrickými onemocněními nebo jako důsledek farmakoterapie. Jednou z nejčastějších poruch spánku v této populaci je insomnie, která se klinicky manifestuje

obtížemi při usínání, poruchami udržení spánku či časným ranním probouzením.

V léčbě insomnie u seniorů je k dispozici několik terapeutických přístupů. Metodou volby je kognitivně behaviorální terapie insomnie (KBT-I), která zahrnuje soubor behaviorálních a kognitivních intervencí zaměřených na úpravu maladaptivních návyků a přesvědčení souvisejících se spánkem. Součástí těchto postupů jsou například techniky spánkové restrikce. Další možností představuje farmakoterapie, u níž je nezbytné zohlednit specifika geriatrické populace a potenciální rizika nežádoucích účinků. V závěrečné části budou diskutovány také vybrané doplňky stravy s potenciálním vlivem na spánek a jejich možné využití v léčbě insomnie u seniorů.

Urologické problémy seniorů a jejich léčba

MUDr. Kateřina Vlachová

Geriatrická interní klinika a Centrum následné péče FNMH, Praha

Urologické problémy patří mezi nejobávanější stavy, které komplikují život seniorům, vedou k jejich izolaci, zhoršují životní komfort a délku života.

Vyloučení **obstrukční uropatie** je základním vyšetřením ambulantních a lůžkových pacientů se symptomy obtížného močení, inkontinence, infekce, celkového zhoršení stavu a nejasných bolestí břicha. Důvodem může být hyperplasie prostaty, urolitiáza, nádorové onemocnění nebo projev dekompenzace měchýře neurologické etiologie. Akutně řešíme obstrukci měchýře močovou cévkou a obstrukci ureteru stentem. V léčbě prostaty je primární farmakoterapie (alfalytika, finasterid), při neúspěchu transuretrální operace. Urolitiázu odstraňujeme endoskopicky (URS, PEK).

Inkontinenci moče dělíme dle příčiny na stresovou, urgentní, smíšenou a paradoxní ischurii. U ambulantních pacientů v dobré kondici využíváme škálu léčebných postupů od konzervativních s cílenou RHB přes individuálně nastavenou farmakoterapii k operačním metodám. U pacientů se ztrátou soběstačnosti volíme nezatěžující postupy. Snažíme se vyhnout permanentnímu katétru jako ultimativnímu řešení.

Uroinfekce kopírují obstrukční uropatie a inkontinenci moče, ale mohou se vyskytovat i samostatně. Diagnostika je obtížná u geriatricky výrazně křehkých polymorbidních pacientů. Příznaky jsou atypické s dominujícím celkovým zhoršením stavu a kognitivních funkcí. Volbu ATB, nasazovaných většinou empiricky, ovlivňuje znalost anamnézy, bakteriální rezistence a eliminačních funkcí pacienta. Se znalostí původce léčbu upravujeme.

Nádory prostaty, měchýře a ledvin se vyskytují především u osob nad 65 let. Nemají specifickou symptomatologii. Nejčastější nádor mužů – karcinom prostaty zachytíme obvykle při vyšetření tzv. prostatických obtíží. Základem vyšetření je PSA, MR a biopsie prostaty. Dle kondice pacienta lokalizované nádory prostaty léčíme radikálně (operace, RT) a generalizované systémově s využitím moderní hormonální terapie. Dle přání pacienta lze onemocnění pouze sledovat. Rovněž u nádorů měchýře je zásadní včasný záchyt. Rozhodující je cystoskopie. Povrchní slizniční nádory léčíme transuretrální resekci (TUR), ev. doplňujeme intravezikální instilace (BCG, mitomycin). Extenzivní výkony s odstraněním měchýře pro invazivní nádor podmiňuje únosný biologický stav plně informovaného pacienta. Nádory ledvin zachytíme též neplánovaně při vyšetření břicha pro nespecifické obtíže. V posledních letech převažuje snaha o ledvinu šetřící výkony s využitím dostupné systémové léčby u invazivních typů.

Syndrom suchého oka z pohledu oftalmologa

MUDr. Petr Výborný, CSc., FEBO

Oční klinika 1. LF UK a ÚVN Praha

Syndrom suchého oka je multifaktoriální onemocnění slzného filmu a povrchu oka, které se projevuje specifickými potížemi, narušením schopnosti dokonale ostrého vidění, nestabilitou slzného filmu, a může vést k potenciálnímu poškození povrchu oka. Onemocnění je doprovázeno zvýšenou osmolaritou slzného filmu a zánětlivými procesy na rohovce a spojivce. Syndrom suchého oka patří k nejčastějším syndromům v oftalmologii.

Příčinou je buď porucha normální tvorby a toku slzného filmu, anebo jeho abnormální složení. Tyto kvantitativní a kvalitativní změny vedou k patologickým změnám na povrchu oka. Bývá doprovázen výrazným subjektivním pocitem diskomfortu. Projevuje se řezáním a pálením očí, pocitem cizího tělesa, tlaku, přítomností lepkavého hlenu ve spojivkovém vaku, pocitem unavených očí, světloplachostí, bolestí při aplikaci kapek, pocitem přilnutí víčka k povrchu oka, potížemi s pohybem víček, zhoršením vidění, bolestí hlavy, dalším zhoršením v přítomnosti nepříznivých faktorů, pocitem sucha pro nedostatek slzení i paradoxním zvýšením slzení způsobeným podrážděním. Subjektivní potíže bývají mnohdy výraznější než objektivní nález. V objektivním nálezu dominuje zarudnutí a překrvení spojivek s lokalizovaným prosáknutím, absence či zmenšení slzných menisků, přítomnost spojivkových řas v důsledku tření, případně lepkavá sekrece. Postupně dochází k patologickým změnám povrchu oka.

K hlavním příčinám nedostatečného objemu slzného filmu patří oční záněty, hormonální disfunkce v souvislosti s menopauzou (nízká hladina estrogenů), abnormali-

ty slzné žlázy, tumory, degenerace související s věkem. Syndrom suchého oka může vzniknout v souvislosti s používáním některých léků k léčbě chronických onemocnění (perorální léky proti akné, kontraceptiva, diuretika, neuroleptika, betablokátory, antihistaminika) porušením sekrece především vodné složky slzného filmu. Souvislost můžeme najít také s přítomností některých celkových onemocnění (Sjögrenův syndrom, jizevnatý pemfigoid, reumatoidní artritida, alergie, infekce) nebo úrazů oka (poleptání). Syndrom suchého oka se může projevit při používání kontaktních čoček, v těhotenství, při pobytu v prostředí s nízkou vlhkostí, po dlouhodobém sledování monitorů v důsledku snížené frekvence mrkání a dlouhodobého akomodačního úsilí (office dry syndrom), u kuřáků, nebo vlivem chlorované vody v bazénech. Obtíže mohou způsobit i různé typy refrakčních zákroků na rohovce (LASIK, PRK), kdy dochází k porušení nervových buněk s následným porušením epitelových buněk rohovky, dále chronická konjunktivitis, alergie i karence vitamínu A. Porucha tvorby slz je výsledkem rychlé apoptózy buněk povrchu oka, jejich uvolnění od povrchu epitelu a vzniku nepravidelností povrchu rohovky, nestabilitě slzného filmu a zvýšené citlivosti nervových zakončení. Tyto změny významně snižují kvalitu života pacientů. Na základě odborných vyšetření volíme terapeutický postup.

Osteoporóza u osob starších 75 let

prof. MUDr. Jan Štěpán, DrSc.

Revmatologický ústav Praha

V České republice je úhrada léčby osteoporózy podmíněna prokázáním hodnot BMD (denzita kostního minerálu) $\leq -2,5$ T skóre v bederní páteři / kyčli / dist. radiu,

případně prokázáním nízkotraumatické zlomeniny. Takto nízká BMD se prokazuje u 20 % (~420 000) žen a 6 % mužů (~103 000) ve věku nad 50 let. K většině zlomenin však dochází u osob s BMD $> -2,5$ T skóre. Zatím je léčena jen čtvrtina žen a desetina mužů s osteoporózou. Praktickým lékařům hradí úhradová vyhláška „preventivní“ vyšetření stavu kostní hmoty u ~ 4 milionů žen a mužů starších 50 let. Vyhláška umožňuje praktickým lékařům léčbu perorálními aminobisfosfonáty (cca 310 000 žen a 23 000 mužů), kteří mají BMD $< -2,5$ T a mají prokázanou primární osteoporózu, ať už bez zlomeniny, nebo s již prodělanou zlomeninou. Gynekologům, internistům, revmatologům, endokrinologům, ortopedům a osteologům umožňuje úhradová vyhláška předepisovat aminobisfosfonáty, denosumab, teriparatid nebo romosozumab u pacientů, kteří mají vysoké riziko zlomeniny při primární osteoporóze (prodělaná zlomenina kyčle, více než jednoho obratle, zlomenina obratle v posledních dvou letech, BMD T skóre $\leq -3,5$), nebo trpí sekundární osteoporózou. Týká se to ~ 130 000 žen a 90 000 mužů. Roční náklady na léčení jedné osoby perorálními aminobisfosfonáty (2 400 Kč), kys. zoledronovou (3 500 Kč), denosumabem (8 000 Kč), teriparatidem (42 000 Kč) a romosozumabem (150 000 Kč). Tři čtvrtiny všech zlomenin kyčle a polovinu zlomenin obratlů utrpí osoby ve věku nad 75 let. Opatření ke snížení vysokého rizika nové zlomeniny u těchto osob vyžadují mezioborovou spolupráci. Zejména jde o zvážení komorbidit a léčení sekundárních příčin úbytku kostní hmoty, zajištění přiměřené fyzické aktivity, výživy a přiměřeného zásobení vitamínem D. Při farmakoterapii osteoporózy je nezbytné zvažovat, že dostupné léky riziko osteoporotických zlomenin snižují, ale nevylučují. Po 3 letech antiosteoresorpční léčby klesá riziko obratlových zlomenin o 50 % a neobratlových zlomenin o 20 %. Protože 80 % osob léčených bisfosfonáty ukončuje léčbu do 2 let,

u většiny z nich léčba nesníží riziko zlomenin. Při léčení se riziko zlomenin s věkem dále zvyšuje, ale pomaleji než bez léčby. Antiresorpční léky musejí být užívány dlouhodobě. V praxi nemá antiresorpční léčba očekávaný efekt, protože do 2 let ukončuje léčbu aminobisfosfonáty 80 % osob a léčbu denosumabem 60 % osob. Antiresorpční léky nenavozují novotvorbu kosti, tlumí resorpci i novotvorbu kosti. Mohou mít závažné nežádoucí účinky (GIT, vzácně atypické fraktury, osteonekróza čelisti). Kontraindikována je léčba aminobisfosfonáty u 7 %, denosumabem u 1 %, a romosozumabem u 20 % osob starších 75 let. Lékem první volby při vysokém riziku zlomenin může být teriparatid, který velmi účinně obnovuje množství a kvalitu kosti.

Nemoci ledvin ve stáří – společný pohled nefrologa, geriatra, a klinického farmaceuta

prof. MUDr. Sylvie Dusilová Sulková, DrSc., MUDr. Božena Jurašková, Ph.D., prof. MUDr. Eva Topinková, CSc., PharmDr. Eliška Dvořáčková, Ph.D., doc. PharmDr. Daniela Fialová, Ph.D.

Nefrologická klinika FN a LF UK v Hradci Králové; III. interní gerontometabolická FN a LF UK v Hradci Králové; Klinika geriatric a interní medicíny, VFN a 1. LF UK v Praze; Katedra sociální a klinické farmacie, Farmaceutická fakulta UK v Hradci Králové; Pracoviště klinické farmacie, Nemocnice Na Františku, Praha

Nefrologie naplňuje cíle, ke kterým patří diagnostika a léčba vlastního onemocnění ledvin, ochrana renálního parenchymu a renální funkce (nefroprotektce), prevence, včasné rozpoznání a léčba doprovodných komplikací (dominantně kar-

dioprotektce), a při progresi do terminálního selhání ledvin pak indikaci, načasování a provedení některé z metod náhrady funkce ledvin (hemodialýza a její modifikace, peritoneální dialýza, transplantace, případně i paliativní konzervativní postup).

Tento obecný postup je v zásadě uniformní bez ohledu na věk, avšak přesto se v konkrétním provedení u osob vysokého věku velmi liší. Uvedeme nejčastější body, se kterými se v praxi nejen často setkáváme, ale které jsou, pokud lékař nezohlední právě věk, někdy nesprávně resp. nepřesně vyhodnoceny a profit nefrologické a další léčby je tím zbytečně snížen.

Klinické nemoci ledvin, včetně autoimunitních, jsou ve stáří četnější, než je obvyklá představa. I proto je třeba k nefrologovi včas odeslat pacienta s novou či progredující proteinurií, izolovanou či v kombinaci s hematurií. Nefrologické dilema poté je časté nejen v oblasti intenzity diagnostických postupů, ale i náročnosti a bezpečnosti léčby.

Mnohem častější je však situace, kdy k nefrologovi přichází pacient vysokého věku s poruchou funkce, která se jeví jako závažná, avšak není provázena močovým nálezem, a nemůže tedy být projevem onemocnění renálního parenchymu. Negativní močový nález a progresivní hodnoty močoviny a kreatininu obvykle souvisí s poruchou renálního prokrvení, ať již podmíněné cévními změnami běžnými ve vyšším věku, či úbytkem cévní tekutiny, a také s lékovými charakteristikami. Zde je konzervativní postup cestou volby a obvykle udrží přijatelnou funkci ledvin dlouhodobě.

Funkce ledvin ve vysokém věku je fyziologicky snižena. Nejde o nemoc, jde o úbytek fyziologické rezervy, shodně jako u dalších orgánů a systémů. Přesto je číselně splněna podmínka pro diagnózu chronického onemocnění ledvin. Samot-

ná definice však má další podmínku – stav musí být klinicky relevantní. Nefrolog i odesílající lékaři by si tohoto měli být vědomi a nezatěžovat pacienta obavami a dalšími vyšetřeními. Naopak velkou roli zde má podpora úpravy životního stylu, je-li možné (přirozená nefroprotektce).

Všudypřítomnou hrozbu pro ledviny našich starších a starých pacientů představují léky. Ty jsou obecně určeny k tomu, aby se užívaly, je-li nutno. Právě v posouzení opravdovosti této nutnosti spočívá léková bezpečnost pacientů i ve vysokém věku.

Pacient v ordinaci nefrologa, respektive svého lékaře, by měl vědět, k čemu nefrologická péče směřuje. Zejména staré lidi je třeba ujistit, že i se sníženou funkcí se dá dobře žít a že společným úkolem pacienta i lékaře-nefrologa je tuto funkci chránit a dlouho udržet.

Akce je podpořena projektem

NETPHARM/New Technologies in Pharmaceutical Sciences,

reg. č. CZ.02.01.01/00/22_008/0004607, který je spolufinancován Evropskou unií.

Geriatrická paliativní péče

MUDr. et Mgr. Dana Hrnčiariková, Ph.D.

III. interní gerontometabolická klinika FN Hradec Králové

Geriatrická paliativní péče je specifickým podoborem paliativní medicíny, který je určitým průnikem geriatrické a paliativní péče a vyžaduje blízkou spolupráci obou oborů. Oproti paliativní péči u mladších nemocných se u geriatrických pacientů setkáváme velmi často s polymorbiditou (více chronických progredujících onemocnění neonko-

logických i onkologických současně), specifickými věkem podmíněnými onemocněními (zejména morbus Alzheimer a jiná neurodegenerativní onemocnění), obtížným prognózováním zbývající délky života a nástupem terminální fáze onemocnění a s tím souvisejícím dlouhým trváním paliativní péče. Indikací k zahájení paliativní péče u geriatrických pacientů nemusí být pouze konečná fáze chronických onemocnění, ale také významná symptomová zátěž při kumulaci pokročilých geriatrických syndromů (zejména syndrom terminální geriatrické deteriorace). S geriatrickou paliativní péčí a jejími specifiky je spojena řada výzev a etických dilemat. Výsledkem paliativní péče u geriatrického pacienta je individuálně nastavený komplexní plán péče včetně zajištění kontinuity péče v domácím prostředí. Specifickou kapitolou je paliativní péče o geriatrické pacienty na lůžkách následné a dlouhodobé péče a v sociálních zařízeních.

Srdeční selhání – možnosti léčby

MUDr. Barbora Kološová

III. interní klinika – klinika endokrinologie a metabolismu, Praha

S narůstající prevalencí srdečního selhání vzrůstá tlak na kvalitnější a efektivnější péči o pacienty s touto diagnózou. Největším farmakologickým průlomem z posledních let je zařazení gliflozinů, které jsou základním pilířem léčby. S narůstajícím počtem studií na téma srdečního selhání roste poznání i v oblasti metabolismu myokardu, nejnovější doporučení tedy zahrnují i postupy týkající se substituce železa. Nefarmakologická léčba je nedílnou součástí komplexní péče. Čím dál větší roli v léčbě srdečního selhání dostávají samotní pacienti.

SPOJILI JSME SÍLY – jeden časopis pro všechny farmaceuty

Česká a slovenská
farmacie

+

Farmacie pro praxi
(Praktické lékárenství)

Co zůstává?

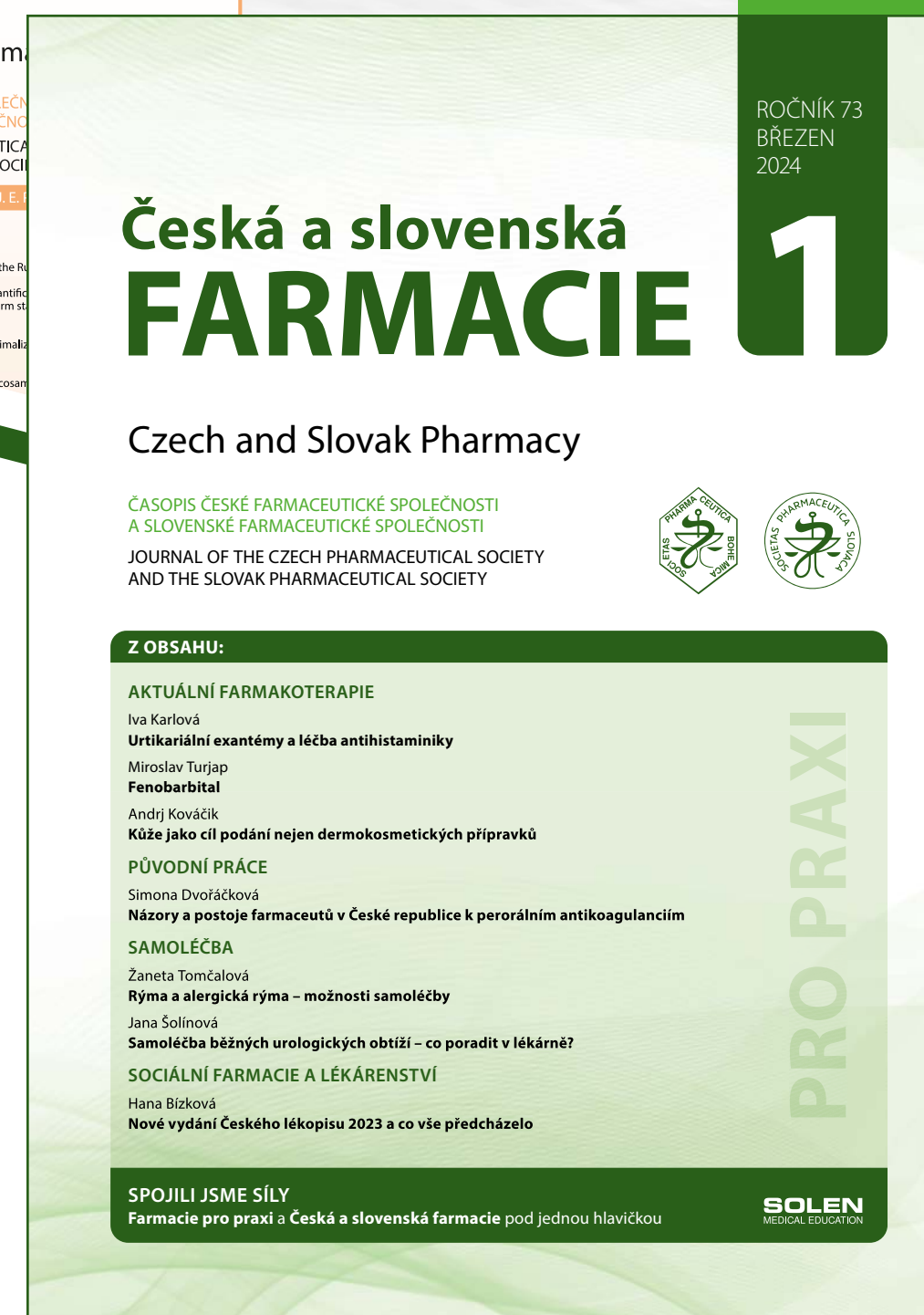
→ TRADIČNÍ ČASOPIS

České farmaceutické společnosti ČLS JEP a Slovenské farmaceutické společnosti SLS



→ INDEXACE ČASOPISU

SCOPUS, EMBASE / excerpta Medica, MEDLINE / Index Medicus, EBSCO publishing – MEDLINE Complete ad.



Co je nového?

→ KONCEPCE ČASOPISU

nové rubriky, nový formát a vzhled časopisu; orientace „pro praxi“

→ PERIODICITA 4× ročně

→ AUTODIDAKTICKÝ TEST

součástí každého čísla
→ body do celoživotního vzdělávání ČLnK

SOLEN MEDICAL EDUCATION

Už máte předplaceno?

PŘEDPLATNÝM ČASOPISU
NA ROK 2026 ZÍSKÁTE NAVÍC:

20% slevu na kongresy*
pořádané společností SOLEN

* platí pro kongresy
uvedené v seznamu →



4 body ČLnK s každým číslem
(po vyplnění autodidaktického testu)

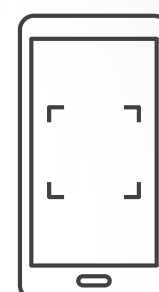
Přístup do archivu časopisu on-line

4 čísla/rok

1050 Kč (tištěné předplatné)

630 Kč (elektronické předplatné)

www.csfarmacie.cz



Proč si předplatit Českou a slovenskou farmacii?

- od r. 2024 **zásadním způsobem inovovaný časopis** – větší důraz na publikování článků s využitím v praxi farmaceuta
- **kvalitní odborné články** na aktuální témata procházející dvojitou recenzí
- součástí každého čísla **autodidaktický test** → možnost získat 4 body v rámci celoživotního vzdělávání ČLnK
- pro předplatitele s každým číslem **odemčena PDF několika aktuálních článků z jiných časopisů** vydavatelství SOLEN

Proč publikovat v České a slovenské farmacii?

- **oficiální odborný časopis** ČFS ČLS JEP a SFS SLS
- časopis **indexován** v řadě databází (**SCOPUS**, EMBASE / excerpta Medica, MEDLINE / Index Medicus...)
- příspěvky volně dostupné z databáze **PUBMED**
- **vaše články budou čteny** – díky vydavatelství SOLEN širší základna předplatitelů a hojně navštěvované webové stránky





3. pracovní den Sekce lékárenství

Sobota 28. března 2026 | Lékařský dům Praha

Pořadatel: Sekce lékárenství ČFS ČLS JEP a Spolek farmaceutů v Praze

Vydavatelství a nakladatelství:

Solen, s.r.o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc, IČ 25553933

Redakce: Mgr. Kateřina Dostálová, dostalova@solen.cz

Grafická úprava a sazba: Lucie Šilberská, silberska@solen.cz

Mediální partner: časopis Česká a slovenská farmacie, www.csfarmacie.cz

ABSTRAKTA

3. pracovní den
Sekce lékárenství

Sobota 28. března 2026
Lékařský dům Praha

Akci pořádají:
Sekce lékárenství ČFS ČLS JEP
a Spolek farmaceutů v Praze.

