

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S FOURNIEROVOU GANGRÉNOU: KAZUISTIKA

NURSING CARE IN FOURNIER'S GANGRENE: A CASE STUDY

Adéla Lošonská¹

Abstrakt

Východiska: Fournierova gangréna je vzácná, ale život ohrožující nekrotizující infekce měkkých tkání zevního genitálu, perinea a perianální oblasti. Léčba vyžaduje urgentní chirurgické ošetření, antibiotickou terapii a komplexní ošetrovatelskou péči.

Cíl: Popsat ošetrovatelskou péči u pacienta s Fournierovou gangrénou a zhodnotit průběh hojení rány během hospitalizace.

Metody: Retrospektivní kvalitativní kazuistika jednoho pacienta hospitalizovaného na chirurgickém oddělení. Posouzení vycházelo z funkčních vzorců zdraví podle Marjory Gordonové a ze struktury CARE pro kazuistiky. Sledovány byly velikost rány, charakter spodiny, C-reaktivní protein, bolest, výživa a glykemie.

Výsledky a diskuze: U 49letého muže s nově zjištěným diabetem byl po urgentním debridementu pozorován příznivý vývoj hojení. Rána se během 50 dní zmenšila z 30 × 10 cm na 8 × 4 cm, C-reaktivní protein klesl ze 418 na 10 mg/l a granulační tkáň dosáhla přibližně 90 %. Péče zahrnovala sterilní převazy, podtlakovou terapii, hyperbarickou oxygenoterapii jako adjuvantní metodu, analgezii, nutriční podporu a stabilizaci glykemií.

Závěr: Kazuistika ukazuje význam systematické, individualizované a multidisciplinární péče, v níž má ošetrovatelská složka – pravidelné hodnocení rány, aseptické převazy, management bolesti, nutriční podpora, edukace a psychosociální podpora – nezastupitelnou roli. U jednoho případu však nelze prokázat samostatný kauzální efekt jednotlivých intervencí.

Klíčová slova

hojení ran, podtlaková terapie, nekrotizující infekce měkkých tkání, management bolesti, nutriční podpora, funkční vzorce zdraví

¹ Chirurgické oddělení, Moravskoslezská nemocnice Třinec, příspěvková organizace

Abstract

Background: Fournier's gangrene is a rare but life-threatening necrotising soft tissue infection of the external genitalia, perineum and perianal region. Treatment requires urgent surgery, antibiotic therapy and comprehensive nursing care.

Aim: To describe nursing care in a patient with Fournier's gangrene and evaluate wound healing during hospitalisation.

Methods: A retrospective qualitative single-case study was conducted in a surgical ward. The assessment was based on Gordon's functional health patterns and the CARE case report structure. Wound size, tissue characteristics, C-reactive protein, pain, nutrition and glycaemia were monitored.

Results and discussion: In a 49-year-old male patient with newly diagnosed diabetes, favourable wound healing was observed after urgent debridement. During a 50-day hospitalisation, the wound decreased from 30 × 10 cm to 8 × 4 cm, C-reactive protein decreased from 418 to 10 mg/l and granulation tissue reached approximately 90%. Care included sterile dressings, negative pressure wound therapy, hyperbaric oxygen therapy as an adjunct, analgesia, nutritional support and glycaemic stabilisation.

Conclusion: The case highlights the importance of systematic, individualised and multidisciplinary care, in which nursing components – regular wound assessment, aseptic dressing changes, pain management, nutritional support, education and psychosocial support – play an essential role. However, a single case cannot demonstrate the independent causal effect of individual interventions.

Keywords

wound healing, negative pressure wound therapy, necrotising soft tissue infection, pain management, nutritional support, functional health patterns

ÚVOD

Fournierova gangréna (FG) je akutní, rychle progredující nekrotizující infekce měkkých tkání postihující oblast zevního genitálu, perinea a perianální krajiny. Etiologie bývá polymikrobiální a infekce se šíří podél fasciálních prostorů; bez včasné léčby může vyústit v sepsi, septický šok a multiorgánové selhání (Chernyadyev et al., 2018; El-Qushayri et al., 2020; Pšenčík a Hynčica, 2014).

Rozhodující význam má časná klinická rozvaha, urgentní chirurgická konzultace, radikální debridement nekrotické tkáně, širokospektrá antibiotická terapie a podpurná intenzivní péče. Doporučení IDSA pro nekrotizující fasciitidy včetně FG zdůrazňují neodkladné

chirurgické řešení a empirickou antibiotickou léčbu pokrývající smíšenou aerobně-anaerobní etiologii (Stevens et al., 2014). K častým rizikovým faktorům patří diabetes mellitus, imunodeficience, obezita a chronický abúzus alkoholu (Hora et al., 2020; Kopeček, Patel a Koch, 2025).

Ošetrovatelská péče tvoří nedílnou součást komplexní léčby. Zahrnuje sledování celkového stavu, péči o rozsáhlý defekt, prevenci sekundární infekce, management bolesti, nutriční podporu, edukaci a psychosociální podporu. Protože specificky ošetrovatelské intervence u FG jsou v literatuře popsány méně systematicky než chirurgická a farmakologická léčba, má kazuistika význam pro sdílení klinické zkušenosti a formulaci hypotéz pro další výzkum (Koch et al., 2024).

CÍL PRÁCE

Cílem sdělení je popsat průběh ošetrovatelské péče u pacienta s Fournierovou gangrénou a zhodnotit vývoj hojení rány během hospitalizace. Dílčími cíli bylo popsat časovou osu péče, identifikovat klíčové ošetrovatelské problémy, shrnout realizované intervence a posoudit výsledky pomocí klinických a laboratorních ukazatelů.

METODIKA

Sdělení má charakter kvalitativní kazuistiky jednoho pacienta (single-case study). Tento design byl zvolen s ohledem na relativní vzácnost onemocnění a umožňuje hloubkový popis průběhu ošetrovatelské péče. Při zpracování bylo přihlédnuto k doporučením CARE pro transparentní referování kazuistik (Gagnier et al., 2013).

Do kazuistiky byl zařazen pacient hospitalizovaný v roce 2025 na chirurgickém oddělení Moravskoslezské nemocnice Třinec s potvrzenou diagnózou FG. Údaje o průběhu péče byly zaznamenávány průběžně do ošetrovatelské dokumentace v rámci běžné klinické praxe; pro účely tohoto sdělení byly analyzovány retrospektivně. Zdrojem dat byla zdravotnická dokumentace (lékařské a ošetrovatelské záznamy, dokumentace převazů, laboratorní výsledky a farmakoterapie), přímé ošetrovatelské pozorování při převazech a běžné péči a nestrukturovaný rozhovor s pacientem zaměřený na subjektivní vnímání bolesti, komfortu a spolupráce. Vzhledem k tomu, že analýza vycházela z údajů zaznamenaných v rámci běžné klinické praxe, nejsou některé hodnoty v dokumentaci dostupné ve všech sledovaných časových bodech. Zpracované údaje byly anonymizovány.

Hodnoceny byly velikost rány, charakter spodiny a exsudátu, podíl granulační a epitelizační tkáně, hodnota C-reaktivního proteinu (CRP), intenzita bolesti podle vizuální analogové škály (VAS 0–10), příjem stravy, albumin, prealbumin a glykemie. Velikost rány byla hodnocena lineárním měřením (délka × šířka × hloubka) sterilním pravítkem při převazech. Měření prováděla všeobecná sestra provádějící převaz a naměřené hodnoty byly zaznamenávány do ošetrovatelské dokumentace. Stav rány byl hodnocen při každém převazu, intenzita bolesti samostatně v klidu a při převazu nejméně čtyřikrát denně a glykemie rovněž čtyřikrát denně; do sdělení byly zařazeny hodnoty doložené ve zdravotnické dokumentaci. Podíl granulační a epitelizační tkáně byl stanoven vizuálním odhadem podílu jednotlivých typů

tkáně na ploše spodiny rány vyjádřeným v procentech; planimetrické ani digitální měření plochy rány nebylo k dispozici. Ošetřovatelské posouzení vycházelo z modelu funkčních vzorců zdraví podle Marjory Gordonové (Gordon, 2014). Prioritní ošetřovatelské diagnózy byly formulovány podle klasifikace NANDA International (NANDA International, 2020). Vzhledem k charakteru jediného případu byla data zpracována deskriptivně; statistické testování nebylo vzhledem k designu sdělení provedeno.

VÝSLEDKY

Muž ve věku 49 let byl přijat cestou urgentního příjmu pro febrilie, výraznou bolestivost v oblasti perinea a třísel a celkové zhoršení stavu. V osobní anamnéze byla závažná dopravní nehoda s následnou amputací obou bérců. Při vstupním vyšetření byl přítomen výrazný otok a zarudnutí perinea, difúzní zarudnutí skrota, indurace podkoží, silná palpační bolestivost a drobný kožní defekt na skrotu. Laboratorně bylo zjištěno CRP 418 mg/l, leukocyty $22,4 \times 10^9/l$ a nově diagnostikovaný diabetes mellitus (glykemie 13 mmol/l, HbA1c 61 mmol/mol).

Druhý den hospitalizace byl proveden urgentní chirurgický debridement s odstraněním gangrenózní tkáně. Třetí den měřila rána po debridementu 30×10 cm při hloubce 4 cm a byla přítomna výrazná serózně-hnisavá sekrece. Byla zahájena lokální léčba antimikrobiálním krytím a hyperbarická oxygenoterapie (HBO) v sérii 10 dní. V průběhu hospitalizace byly aplikovány tři série podtlakové terapie (negative pressure wound therapy, NPWT) a krytí volené podle fáze hojení.

Tab. 1 Vývoj rány, zánětlivého markeru a lokální terapie v průběhu hospitalizace

Den	Velikost rány	Granulace (%)	CRP (mg/l)	Lokální terapie / krytí
1	zarudnutí, otok	0	418	konzervativní postup
2	neuvedeno	neuvedeno	neuvedeno	chirurgický debridement
3	30×10 cm; hloubka 4 cm	0	377	Aquacel Ag; zahájena HBO
13	27×10 cm	10	276	zahájena 1. série NPWT
17	25×9 cm	40	neuvedeno	Mepilex Border Ag
20	neuvedeno	neuvedeno	201	zahájena 2. série NPWT
24	20×9 cm	70	198	Mepilex Border Ag
28	18×7 cm	80	159	zahájena 3. série NPWT
32–40	13×5 cm	90	65	Mepilex Border
42–49	8×4 cm	90	13	Mepilex Border
50	8×4 cm	pokračuje	10	převazy 1× denně, domácí péče

Pozn.: „neuvedeno“ – hodnota nebyla uvedena v dostupné zdravotnické dokumentaci; údaje byly pro účely tohoto sdělení získány retrospektivní analýzou dokumentace

Zdroj: anonymizovaná zdravotnická dokumentace pacienta

Během hospitalizace došlo k postupnému zmenšení defektu z 30 × 10 cm na 8 × 4 cm, k nárůstu granulační tkáně přibližně na 90 % a k poklesu CRP z 418 na 10 mg/l. Současně se zlepšily vybrané nutriční a zánětlivé parametry (tab. 2).

Tab. 2 Vybrané laboratorní hodnoty při přijetí a při propuštění

Parametr	Při přijetí	Při propuštění
C-reaktivní protein (mg/l)	418	10
Leukocyty (× 10 ⁹ /l)	22,4	8,73
Hemoglobin (g/l)	125	130
Trombocyty (× 10 ⁹ /l)	372	268
Glukóza (mmol/l)	13	9
Glykovaný hemoglobin (mmol/mol)	61	neuvedeno
Albumin (g/l)	27,7	35,1
Prealbumin (g/l)	0,187	0,20
Urea (mmol/l)	10,2	7,1
Kreatinin (μmol/l)	108	92
Sodík (mmol/l)	132	138
Draslík (mmol/l)	5,4	4,6

Pozn.: „neuvedeno“ – hodnota nebyla při propuštění uvedena v dostupné zdravotnické dokumentaci; údaje byly pro účely tohoto sdělení získány retrospektivní analýzou dokumentace

Zdroj: anonymizovaná zdravotnická dokumentace pacienta

Bolest se v úvodu pohybovala kolem 4–5 bodů VAS v klidu a 7–8 bodů při převazech. Po zavedení pravidelné analgezie a premedikace před převazy klesla klidová bolest na 1–2 body a bolest při převazech přibližně na 3–4 body. Nutriční péče zahrnovala podporu příjmu energie a bílkovin, perorální nutriční suplementaci a laboratorní sledování nutričních ukazatelů. Glykemie byly opakovaně monitorovány a antidiabetická léčba byla upravována ve spolupráci s lékařem.

U prioritní ošetrovatelské diagnózy narušená integrita kůže bylo stanoveným cílem postupné zmenšení defektu a podpora tvorby granulační tkáně. Cíl byl naplňován pravidelnými aseptickými převazy, volbou terapeutického krytí odpovídajícího aktuální fázi hojení a systematickým monitorováním lokálního nálezu. Výsledkem byl progresivní pokles velikosti rány z 30 × 10 cm na 8 × 4 cm a nárůst podílu granulační tkáně z 0 % na přibližně 90 % (tab. 1); při propuštění nebyly přítomny klinické známky lokální infekce. Přehled dalších prioritních ošetrovatelských problémů a realizovaných intervencí uvádí tab. 3.

Tab. 3 Prioritní ošetřovatelské problémy a realizované intervence

Ošetřovatelský problém	Realizované intervence
Narušená integrita kůže / riziko infekce	Sterilní převazy; volba krytí podle fáze hojení; sledování velikosti, exsudátu, zápachu, okolí rány a CRP; podíl na aplikaci NPWT a HBO dle ordinace.
Akutní bolest	Hodnocení VAS; analgezie dle ordinace; premedikace před převazem; šetrná manipulace a zajištění soukromí.
Nutriční riziko	Sledování příjmu stravy; podpora bílkovin a energie; perorální nutriční suplementace; monitorace albuminu a prealbuminu.
Riziko nestabilní glykemie	Měření glykemií 4–6× denně; vedení diabetické dokumentace; edukace pacienta; spolupráce při úpravě léčby.
Snížená pohyblivost / riziko pádu	Hodnocení rizika pádu; asistovaná mobilizace; bezpečné prostředí; spolupráce při rehabilitaci s ohledem na amputaci obou bérců.
Úzkost a narušený obraz těla	Empatická komunikace; diskrétnost při péči o intimní oblast; opakované vysvětlení léčebného postupu; podpora verbalizace obav.

Pozn.: Uvedeny jsou pouze intervence doložené v dostupné dokumentaci nebo v průběžném ošetřovatelském pozorování

Zdroj: anonymizovaná zdravotnická dokumentace pacienta

Při propuštění 50. den hospitalizace měřila rána 8 × 4 cm, bez známek lokální infekce, s pokračující granulací a epitelizací. Pacient byl předán do domácí péče s doporučením denních převazů, pokračujícího monitoringu glykemií, sledování nutričního stavu a ambulantních kontrol. Standardizovaná pacientova perspektiva nebyla samostatně zaznamenána; subjektivně byla průběžně sledována zejména bolest, tolerance převazů a porozumění léčebnému postupu.

DISKUZE

Prezentovaný případ odpovídá závažnému průběhu FG popisovanému v literatuře. Přítomnost nově zjištěného diabetu, rozsáhlý defekt a vysoké vstupní CRP představovaly faktory zvyšující riziko komplikovaného hojení. Příznivý vývoj rány však nelze přičítat jedné intervenci; šlo o souběh urgentní chirurgické léčby, antibiotické a podpůrné terapie, lokální péče o ránu, stabilizace glykemií, nutriční podpory a managementu bolesti. NPWT je u rozsáhlých defektů využívána jako metoda podporující odvod exsudátu, redukci edému a tvorbu granulační tkáně. Studie He et al. (2023) i novější prospektivní kohortová studie Ramadhan, Siregar a Mustafa (2025) naznačují příznivý efekt NPWT na vybrané parametry hojení a bolest u pacientů s FG. Přesto zůstává nutné interpretovat výsledky opatrně, protože dostupná evidence je převážně observační a zatížená heterogenitou souborů.

Hyperbarická oxygenoterapie byla v tomto případě použita jako adjuvantní metoda po chirurgickém ošetření. Aktuální systematická review a metaanalýzy naznačují možný

vliv HBO na snížení mortality, avšak sekundární výsledky, například délka hospitalizace nebo počet debridementů, jsou méně konzistentní (Raizandha et al., 2022; Patel a Batura, 2026). HBO proto nelze v kazuistice interpretovat jako samostatně odpovědnou za průběh hojení; nesmí zdržet chirurgický debridement, který zůstává základním léčebným postupem (Stevens et al., 2014).

Nutriční podpora a kontrola glykemie měly u pacienta zásadní podpůrný význam. Hyperglykemie zhoršuje imunitní odpověď a hojení, zatímco dostatečný příjem energie a bílkovin podporuje granulaci a epitelizaci (Plevová a Kachlová, 2023). Management bolesti zlepšoval toleranci převazů a spolupráci pacienta; pravidelné hodnocení bolesti a premedikace před bolestivými výkony odpovídají principům ošetrovatelské péče v akutních a pooperačních stavech (Kapounová, 2020).

Z pohledu ošetrovatelské péče se v prezentovaném případě jako klíčové jevílo systematické hodnocení stavu pacienta a rány, důsledné dodržování aseptických postupů a individualizace intervencí podle aktuální fáze hojení. Volba terapeutického krytí i frekvence převazů byly opakovaně přehodnocovány v návaznosti na charakter spodiny, množství exsudátu a stav okolí rány; sestra tak nebyla pouze vykonavatelem ordinací, ale nositelem kontinuálního hodnocení, na jehož základě byl lokální postup upravován. Pravidelné a jednotně dokumentované hodnocení rány zároveň umožnilo zpětně rekonstruovat trajektorii hojení, což je předpokladem hodnocení efektivity péče i v běžném provozu.

Významnou složkou péče byla edukace pacienta zaměřená na porozumění léčebnému režimu, péči o ránu a kontrolu glykemie. Vzhledem k nově zjištěnému diabetu a k plánovanému pokračování léčby v domácím prostředí byla tato oblast zásadní pro kontinuitu péče po propuštění. Nedílnou součástí byla rovněž psychosociální podpora: onemocnění postihuje intimní oblasti, je spojeno s rozsáhlým defektem, exsudací a případným zápachem a může nepříznivě ovlivnit sebepojetí a vnímání tělesného obrazu. V prezentovaném případě proto péče zahrnovala zajištění soukromí a diskrétnosti při převazech, empatickou komunikaci a podporu verbalizace obav. Ošetrovatelská péče tak přispívá nejen k hojení rány, ale i k celkové adaptaci pacienta na onemocnění a k jeho aktivnímu zapojení do léčebného režimu. Uvedená pozorování je však nutné interpretovat v mezích jediného případu; podíl jednotlivých složek ošetrovatelské péče na výsledném průběhu nelze kvantifikovat.

Limitem kazuistiky je zpracování jediného případu bez kontrolní skupiny a bez dlouhodobého sledování po propuštění. Některé ukazatele, například přesné měření plochy rány nebo standardizovaná kvalita života, nebyly sledovány instrumentálně. Kazuistika proto neprokazuje účinnost jednotlivých intervencí, ale dokumentuje klinicky příznivý průběh při komplexní a systematické péči.

ZÁVĚR

Kazuistika dokumentuje příznivý průběh hojení rozsáhlého defektu u pacienta s Fournierovou gangrénou při komplexní chirurgické, farmakologické a ošetrovatelské péči. Během 50denní hospitalizace se rána zmenšila z 30 × 10 cm na 8 × 4 cm, CRP kleslo ze

418 na 10 mg/l a granulační tkáň dosáhla přibližně 90 %. Pro ošetrovatelskou praxi jsou klíčové systematické hodnocení rány, aseptické převazy, sledování bolesti, nutričního stavu a glykemií, edukace a citlivá komunikace. Výsledky nelze zobecnit, ale případ podporuje význam individualizované a multidisciplinární péče u pacientů s nekrotizující infekcí měkkých tkání. Pro klinickou praxi z prezentovaného případu vyplývá, že systematická ošetrovatelská péče, důsledné sledování klinického stavu a aktivní spolupráce v multidisciplinárním týmu představují zásadní faktory ovlivňující průběh léčby pacientů s Fournierovou gangrénou. Doporučujeme proto vést hodnocení rány, bolesti, nutričního stavu a glykemií od počátku hospitalizace jako plánovaný, standardizovaný a dokumentovaný proces a od téhož okamžiku připravovat pacienta a jeho blízké na pokračování péče v domácím prostředí.

Další výzkum by měl odpovědět zejména na otázky, které ošetrovatelské intervence nejvíce ovlivňují dobu hojení, bolest, počet převazů, délku hospitalizace a kvalitu života pacientů po prodělané FG. Potřebné jsou větší prospektivní soubory a dlouhodobé sledování po propuštění.

Etické aspekty

Kazuistika byla zpracována v souladu s etickými principy Helsinské deklarace Světové lékařské asociace (World Medical Association, 2024) a s platnou legislativou upravující ochranu osobních údajů, zejména s obecným nařízením o ochraně osobních údajů (GDPR). Pacient byl před zpracováním kazuistiky srozumitelně informován o účelu využití svých anonymizovaných údajů, o rozsahu zpracovávaných dat a o způsobu jejich anonymizace, o dobrovolnosti účasti i o možnosti souhlas kdykoli odvolat bez jakéhokoli vlivu na poskytovanou zdravotní péči. Zpracování kazuistiky bylo realizováno se souhlasem vedení zdravotnického zařízení, v němž byla péče poskytnuta. Vzhledem k tomu, že sdělení popisuje jeden případ na základě údajů získaných výhradně v rámci standardně poskytované zdravotní péče, bez jakékoli intervence provedené nad rámec obvyklého léčebného postupu a bez zásahu do léčebného plánu pacienta, nevyžadovalo zpracování samostatné schválení etickou komisí. Veškeré údaje umožňující přímou i nepřímou identifikaci pacienta byly z textu i z tabulek odstraněny; sdělení neobsahuje obrazovou dokumentaci. Kazuistika byla zpracována s respektem k důstojnosti a soukromí pacienta a v souladu s principem nonmaleficence.

Poděkování

Autorka děkuje Ing. Ivetě Bryjové za metodickou podporu při zpracování rukopisu. Práce nevznikla s podporou grantu.

SUMMARY

Fournier's gangrene is a rare, rapidly progressive necrotizing soft tissue infection requiring urgent multidisciplinary management. This case report describes nursing care

in a 49-year-old patient with newly diagnosed diabetes and an extensive perineal wound after surgical debridement. During 50 days of hospitalization, wound size decreased from 30 × 10 cm to 8 × 4 cm, C-reactive protein decreased from 418 to 10 mg/l and granulation tissue reached approximately 90%. The favorable course was observed within complex care including wound monitoring, sterile dressings, negative pressure wound therapy, adjunctive hyperbaric oxygen therapy, pain management, nutritional support, glycemic stabilisation and patient education. Because this is a single case without a control group, the effect of individual interventions cannot be interpreted causally. For clinical practice, the case suggests that systematic nursing care, consistent monitoring of the clinical status and active multidisciplinary collaboration are key factors influencing the course of treatment. The case supports the importance of systematic, individualized and multidisciplinary nursing care and highlights the need for prospective research focused on healing time, pain, complications, hospital stay and quality of life after Fournier's gangrene.

Literatura

CHERNYADYEV, S. A. et al. Fournier's Gangrene: Literature Review and Clinical Cases. *Urologia Internationalis* [online]. 2018, vol. 101, no. 1, p. 91–97. [cit. 9. 6. 2026]. ISSN 1423-0399. DOI: 10.1159/000490108.

EL-QUSHAYRI, A. E. et al. Fournier's gangrene mortality: A 17-year systematic review and meta-analysis. *International Journal of Infectious Diseases* [online]. 2020, vol. 92, p. 218–225. [cit. 9. 6. 2026]. ISSN 1878-3511. DOI: 10.1016/j.ijid.2019.12.030.

GAGNIER, J. J. et al. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. *BMJ Case Reports* [online]. 2013. [cit. 9. 6. 2026]. ISSN 1757-790X. DOI: 10.1136/bcr-2013-201554.

GORDON, M. *Manual of Nursing Diagnosis*. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2014. ISBN 978-1-284-04443-0.

HE, R. et al. Characteristics of Fournier gangrene and evaluation of the effects of negative-pressure wound therapy. *Frontiers in Surgery* [online]. 2023, vol. 9. [cit. 9. 6. 2026]. ISSN 2296-875X. DOI: 10.3389/fsurg.2022.1075968.

HORA, M. et al. *Urologie pro studenty všeobecného lékařství*. Praha: Karolinum, 2020. ISBN 978-80-246-4544-5.

KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-0130-6.

KOCH, G. E. et al. Multidisciplinary management in Fournier's gangrene. *Current Problems in Surgery* [online]. 2024, vol. 61, no. 7. [cit. 9. 6. 2026]. ISSN 1535-6337. DOI: 10.1016/j.cpsurg.2024.101499.

KOPECEK, K. J., PATEL, H. V. and KOCH, G. E. Modern Management of Fournier's Gangrene. *Current Urology Reports* [online]. 2025, vol. 26, no. 1. [cit. 9. 6. 2026]. ISSN 1534-6285. DOI: 10.1007/s11934-025-01275-3.

NANDA INTERNATIONAL. *Ošetřovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2018–2020*. 11. vyd. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-0710-0.

PATEL, A. and BATURA, D. Hyperbaric oxygen therapy and Fournier's gangrene: a systematic review and meta-analysis. *Medical Gas Research* [online]. 2026, vol. 16, no. 4, p. 508–513. [cit. 9. 6. 2026]. ISSN 2045-9912. DOI: 10.4103/mgr.MEDGASRES-D-25-00227.

PLEVOVÁ, I. a KACHLOVÁ, M. *Postupy v ošetřovatelské péči 3: enterální výživa*. Praha: Grada Publishing, 2023. ISBN 978-80-271-3033-7.

PŠENČÍK, L. a HYNČICA, J. Fournierova gangréna a její možné komplikace. *Urologie pro praxi* [online]. 2014, roč. 15, č. 1, s. 33–35. [cit. 9. 6. 2026]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: https://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201401-0008_Fournierova_gangrena_a_jeji_mozne_komplikace.php.

RAIZANDHA, M. A. et al. The role of hyperbaric oxygen therapy in Fournier's Gangrene: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *International Brazilian Journal of Urology* [online]. 2022, vol. 48, no. 5, p. 771–781. [cit. 9. 6. 2026]. ISSN 1677-6119. DOI: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2022.0119.

RAMADHAN, M. S., SIREGAR, S. and MUSTAFA, A. Comparison between conventional wound care procedures and negative pressure wound therapy in Fournier's gangrene patients. *Urology Research and Practice* [online]. 2025, vol. 51, no. 5, p. 203–207. [cit. 9. 6. 2026]. ISSN 2980-1478. DOI: 10.5152/tud.2025.25099.

STEVENS, D. L. et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases* [online]. 2014, vol. 59, no. 2. [cit. 9. 6. 2026]. ISSN 1537-6591. DOI: 10.1093/cid/ciu444.

WORLD MEDICAL ASSOCIATION. *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants* [online]. 2024. [cit. 9. 6. 2026]. Available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>.

	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S FOURNIEROVOU GANGRÉNOU: KAZUISTIKA	ADÉLA LOŠONSKÁ	63
--	--	-----------------------	-----------

Kontakt

Bc. Adéla Lošonská
 Moravskoslezská nemocnice Třinec, příspěvková organizace
 Chirurgické oddělení
 Kaštanová 268, 739 61 Třinec – Dolní Líštná, Česká republika
 a.szpyrcova@seznam.cz