



# Podsumowanie badań bezpieczeństwa i skuteczności klinicznej (Summary of Safety and Clinical Performance - SSCP)

## Część I: dla pracowników służby zdrowia

(Część II: dla pacjentów i laików – poniżej)

Niniejsze Podsumowanie badań bezpieczeństwa i skuteczności klinicznej (SSCP) ma na celu zapewnienie publicznego dostępu do zaktualizowanego podsumowania głównych aspektów bezpieczeństwa i działania klinicznego wyrobu medycznego SupraSDRM®.

SSCP nie zastępuje Instrukcji użytkownika jako głównego dokumentu zapewniającego bezpieczne użytkowanie wyrobu, ani nie ma na celu dostarczenia sugestii diagnostycznych lub terapeutycznych dla zamierzonych użytkowników lub pacjentów.

Poniższe informacje przeznaczone są dla pracowników służby zdrowia.

## 1. Identyfikacja urządzenia i informacje ogólne

1.1 Nazwy handlowe wyrobu	<b>SupraSDRM®, SupraSDRM® 1100</b>
1.2 Nazwa i adres producenta	PolyMedics Innovations GmbH (PMI) Am Hegelesberg 1 73230 Kirchheim unter Teck, Niemcy
1.3 Jednolity indywidualny numer rejestracyjny producenta (SRN)	DE-MF-000006353
1.4 Niepowtarzalny kod identyfikacyjny UDI	426018402AAA0000001PQ
1.5 Opis/tekst nomenklatury wyrobów medycznych	GMDN 64853: Syntetyczny opatrunek z matrycą na rany
1.6 Klasa urządzenia	III <i>(zgodnie z rozporządzeniem o wyrobach medycznych (MDR) (UE) 2017/745 załącznik VIII, reguła 8)</i>
1.7 Rok wydania pierwszego certyfikatu (CE) dla wyrobu	2019
1.8 W stosownych przypadkach upoważniony przedstawiciel	n/d
1.9 Nazwa i jednolity numer identyfikacyjny NB	DEKRA, 0124
1.10 SSCP Identyfikator	SSCP-SupraSDRM

## Summary of Safety and Clinical Performance (SSCP)

**SupraSDRM® wariant 1**

 Podstawowy nr UDI-DI:  
 426018402AAA000001PQ

Nazwa wyrobu	Rozmiar (cm)	Opakowanie detaliczne	Poziom pakowania	UDI -DI (identyfikator wyrobu)		UDI -PI (identyfikator produkcji)			
				GS1	GTIN	Okres trwałości AI	Okres trwałości	AI LOT	LOT
SupraSDRM®	∅ 12 mm	1	Wewnętrzny zewewnętrzny	(01)	04260184020287 04260184020294	(17)	RRMMDD	(10)	PDM-RRRR- NN-ZZ KDM-RRRR- NNN-ZZ
	∅ 18 mm	1	Wewnętrzny zewewnętrzny		04260184020300 04260184020317				
	∅ 24 mm	1	wewnętrzny zewewnętrzny		04260184020324 04260184020331				
	1x1	1	wewnętrzny zewewnętrzny		04260184020348 04260184020355				
	2x2	1	wewnętrzny zewewnętrzny		04260184020362 04260184020379				
	4x4	1	wewnętrzny zewewnętrzny		04260184020386 04260184020393				
	5x5	1	Wewnętrzny zewewnętrzny		04260184020409 04260184020416				
	9x9	1	Wewnętrzny zewewnętrzny		04260184020423 04260184020430				
	9x12	1	wewnętrzny zewewnętrzny		04260184020447 04260184020454				
	18x9	1	wewnętrzny zewewnętrzny		04260184020461 04260184020478				
	18x18	1	wewnętrzny zewewnętrzny		04260184020485 04260184020492				

## Summary of Safety and Clinical Performance (SSCP)

**SupraSDRM® wariant 2**

 Podstawowy nr UDI-DI:  
 426018402AAA000001PQ

Nazwa wyrobu	Rozmiar (cm)	Opakowanie detaliczne	Poziom pakowania	UDI -DI (identyfikator wyrobu)		UDI -PI (identyfikator produkcji)			
				GS1	GTIN	Okres trwałości AI	Okres trwałości	AI LOT	LOT
SupraSDRM® 1100	∅ 12 mm	1	Wewnętrzny zewewnętrzny	(01)	04260184020508 04260184020515	(17)	RRMMDD	(10)	PDM-RRRR- NN-ZZ KDM-RRRR- NNN-ZZ
	∅ 18 mm	1	Wewnętrzny zewewnętrzny		04260184020522 04260184020539				
	∅ 24 mm	1	wewnętrzny zewewnętrzny		04260184020546 04260184020553				
	1x1	1	wewnętrzny zewewnętrzny		04260184020560 04260184020577				
	2x2	1	wewnętrzny zewewnętrzny		04260184020584 04260184020591				
	4x4	1	wewnętrzny zewewnętrzny		04260184020607 04260184020614				
	5x5	1	Wewnętrzny zewewnętrzny		04260184020621 04260184020638				
	9x9	1	Wewnętrzny zewewnętrzny		04260184020645 04260184020652				
	9x12	1	wewnętrzny zewewnętrzny		04260184020669 04260184020676				
	18x9	1	wewnętrzny zewewnętrzny		04260184020683 04260184020690				
	18x18	1	wewnętrzny zewewnętrzny		04260184020706 04260184020713				



## 2. Zamierzone zastosowanie urządzenia

### 2.1. Zamierzony cel

- ❖ SupraSDRM<sup>®</sup> to wchłaniałna piankowa membrana i alloplastyczny substytut skóry do leczenia ran naskórkowych i skórnych.

### 2.2. Wskazania

- ❖ Produkt SupraSDRM<sup>®</sup> stosuje się u pacjentów z ranami naskórka i skóry właściwej, takimi jak otarcia, miejsca po pobraniu przeszczepu skóry, oparzenia II stopnia, jak również mieszane oparzenia II i III stopnia.
- ❖ Produkt SupraSDRM<sup>®</sup> stosuje się u pacjentów z ranami przewlekłymi (z wyjątkiem przewlekłych suchych ran), takimi jak owrzodzenia żyłne i tętnicze, a także z ranami cukrzycowymi.

### 2.3. Przeciwwskazania

- ❖ Produktu SupraSDRM<sup>®</sup> nie należy stosować na zakażonych okolicach ran lub na silnie krwawiących ranach bez dodatkowego leczenia hemostatycznego.
- ❖ Produktu SupraSDRM<sup>®</sup> nie należy stosować na przewlekłych suchych ranach.

## 3. Opis urządzenia

### 3.1. Opis urządzenia

Charakterystyka SupraSDRM<sup>®</sup>:

- substytut skóry do jednorazowego użytku
- wysoka przepuszczalność dla tlenu i pary wodnej
- składa się z trzech syntetycznych i ulegających rozkładowi składników: laktydu, węglanu trimetylenu i kaprolaktanu
- nie zawiera substancji leczniczych, pochodnych tkanek lub krwi
- możliwość aplikacji na ranę z obu stron urządzenia
- umożliwia wizualną ocenę procesu gojenia dzięki swojej przezroczystości po kontakcie z raną

Rozmiary i kształt SupraSDRM<sup>®</sup>:

- Dostępne w dwóch wariantach o różnych grubościach: 1,5-2,1 mm oraz 0,8-1,4 mm.
- okręgi i prostokąty
- Wyrób SupraSDRM<sup>®</sup> może być ręcznie przycinany przez użytkownika do innych kształtów i rozmiarów w zależności od potrzeb w celu optymalnego pokrycia dotkniętych obszarów.

### 3.2. Odniesienie do poprzednich generacji lub wariantów, jeśli takie istnieją, oraz opis różnic

Nie dotyczy

### 3.3. Opis wszelkich akcesoriów, które mają być używane w połączeniu z wyrobem

Nie dotyczy

## Summary of Safety and Clinical Performance (SSCP)

### 3.4. Opis wszelkich innych urządzeń i produktów, które mają być stosowane w połączeniu z wyrobem

SupraSDRM® może być stosowany samodzielnie lub w połączeniu z różnymi konwencjonalnymi opatrunkami z gazy z dodatkami tłuszczowymi lub bez. Połączenie z takimi opatrunkami może służyć dalszemu zabezpieczeniu membrany i zapobiec jej przemieszczeniu.

## 4. Ryzyko i ostrzeżenia

### 4.1. Ryzyko resztkowe i skutki niepożądane

Wszystkie przeprowadzone analizy ryzyka kończą się akceptowalnym ogólnym stosunkiem korzyści do ryzyka.

Trzy zagrożenia w polu „nieakceptowalne” zostały przeanalizowane i zaakceptowane, ponieważ korzyści znacznie przewyższają ryzyko. Wszystkie trzy są związane z potencjalnie poważnymi infekcjami, jak wskazano w tym SSCP w sekcji przeciwwskazania i ostrzeżenia oraz środki ostrożności. Jednakże prawdopodobieństwo wystąpienia jest związane albo z kwestiami sterylności, które z definicji mogą wystąpić z pewnym prawdopodobieństwem, albo z sytuacją niebezpieczną, która nigdy nie wystąpiła w całej, ponad 20-letniej historii produktów z grupy.

Dopuszczalne ryzyko resztkowe podano użytkownikom w instrukcji użytkowania. Odpowiednie ostrzeżenia i środki ostrożności wynikające z zaakceptowanego ryzyka resztkowego są wymienione poniżej.

### 4.2. Ostrzeżenia i środki ostrożności

- ❖ Nie stosować produktu w warunkach, które nie pozwalają na zapewnienie jałowości, ponieważ może to prowadzić do poważnych zakażeń.
- ❖ Zawartość jest jałowa, o ile jałowe opakowanie produktu nie uległo uszkodzeniu.
- ❖ W przypadku uszkodzenia opakowania nie można zapewnić jałowości produktu. Niewykorzystaną zawartość otwartych lub uszkodzonych opakowań jałowych należy zutylizować.
- ❖ Nie używać ponownie i nie poddawać ponownemu wyjałowieniu. W przypadku ponownego użycia produktu może dojść do pogorszenia jego właściwości użytkowych (zmniejszenie przepuszczalności, elastyczności, przylepności oraz jałowości). Takie zmiany właściwości materiału mogą z kolei prowadzić do pogorszenia jakości leczenia, skutkując np. Niedostateczny zagojeniem rany, a także zakażeniami.
- ❖ W przypadku stwierdzonych alergii na składniki produktu SupraSDRM® nie należy go stosować. W razie wystąpienia jakichkolwiek objawów reakcji alergicznych na materiał produktu SupraSDRM® należy niezwłocznie go usunąć.
- ❖ W przypadku silnego bólu lub zbierania się wydzieliny z rany należy usunąć produkt SupraSDRM®.
- ❖ Należy unikać zakładania opatrunku na zdrową skórę, ponieważ może to prowadzić do jej maceracji.

### 4.3. Inne istotne aspekty bezpieczeństwa, w tym podsumowanie wszelkich działań korygujących bezpieczeństwo w terenie (FSCA, w tym FSN), jeśli dotyczy

Nie dotyczy

## 5. Podsumowanie oceny klinicznej i obserwacji klinicznej po wprowadzeniu do obrotu (PMCF)

### 5.1. Podsumowanie danych klinicznych dotyczących równoważnego wyrobu

Patrz pkt 5.2–5.5

### 5.2. Podsumowanie danych klinicznych z przeprowadzonych badań wyrobu przed nadaniem znaku CE

Podsumowanie danych klinicznych z przeprowadzonych badań urządzenia równoważnego Suprathel®.

Zg. z MDCG 2019-9	Oparzenia 2. stopnia i miejsca pobrania skóry (SSDS)	rany przewlekłe
<b>Tożsamość dochodzenia/badania:</b> Jeśli wykonywane na podstawie dyrektyw dotyczących wyrobów medycznych lub MDR, to podać nr <b>CIV ID</b> lub <b>niepowtarzalny numer identyfikacyjny</b> . Dodaj szczegóły referencyjne, jeśli raport z badania klinicznego jest dostępny w Eudamed.	DE/CA37/1540/KP-1  Niedostępne w EUDAMED	DE/CA37/PolyMedics/KP-1  Niedostępne w EUDAMED
<b>Tożsamość urządzenia</b> , w tym numer modelu/wersja	Suprathel®	Suprathel®
<b>Zamierzone zastosowanie</b> wyrobu w dochodzeniu	Leczenie rozszczepionych przeszczepów skóry i oparzeń drugiego stopnia	Miejscowe leczenie Ulcus Cruris
<b>Cele badania</b>	Celem badania było sprawdzenie, czy wyrób Suprathel® przewyższa pod względem zachowania się w bólu ustalone procedury dla podzielonych miejsc dawczych skóry i oparzeń.	Celem badania był pomiar wpływu wyrobu Suprathel® na obszar rany (cel główny), ból rany, aktywność zapalną skóry, powierzchnię rany i wydzielinę z rany.
<b>Projekt badania:</b> randomizowana próba kontrolowana, inna próba zasadnicza, krótkoterminowe studium wykonalności, inne; oraz czas trwania obserwacji	prospektywne, randomizowane, dwuśrodkowe badanie kliniczne  Marienhospital (Stuttgart) i Szpital Chirurgiczny w Berlinie z Prof. K.-K. Dittel jako główny badacz	prospektywne, wielośrodkowe badanie  Sześć oddziałów szpitalnych z czterech szpitali zapisało 22 pacjentów  czas trwania leczenia był ograniczony do 24 tygodni

## Summary of Safety and Clinical Performance (SSCP)

<b>Pierwotny i wtórny punkt(-y) końcowy(-e)</b>	punkty końcowe badania: 1. Ból, 2. Czas gojenia, częstość występowania zdarzeń miejscowych, jakość blizny	punkty końcowe badania: 1. Obszar rany 2. Ból, aktywność zapalna (skóra, powierzchnia rany), wydzielina z rany, wykrycie działań niepożądanych
<b>Kryteria włączenia/wyłączenia dla doboru uczestników</b>	Kryteria włączenia: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacjenci w wieku 18 lat lub starsi, którzy są zdolni do wyrażenia zgody i dla których</li> <li>- konieczne jest wykonanie jednego lub wielu zabiegów usunięcia skóry metodą split thickness w celu wykonania przeszczepu skóry. Minimalny rozmiar całego miejsca pobrania skóry metodą splitu nie może być mniejszy niż 8 × 10 cm.</li> <li>- co najmniej jeden obszar przylegający lub dwa obszary odpowiadające sobie oparzenie 2. stopnia na łącznej powierzchni co najmniej 1,5% powierzchni ciała wykazują.</li> </ul> Kryteria wykluczenia: Ogólne kryteria wykluczenia <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cięża.</li> <li>- Wiek poniżej 18 lat i powyżej 80 lat.</li> <li>- Oparzenia, które są tak ciężkie, że konieczne jest wykonanie sztucznego oddychania, a tym samym zgoda na badanie nie jest możliwa.</li> <li>- Oparzenia z ABSI większym niż 10, ponieważ u tych chorych zagrożenie życia jest tak duże, że przeprowadzenie badania nie wydaje się uzasadnione.</li> </ul>	Kryteria włączenia: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pisemna dokumentacja zgody</li> <li>- Lokalizacja rany dystalnie od stawu kolanowego</li> <li>- Wiek rany co najmniej 3 miesiące</li> <li>- Powierzchnia rany maksymalnie 25cm<sup>2</sup></li> <li>- (Zakładana) dostępność w okresie sześciu miesięcy udziału w Badaniu</li> </ul> Kryteria wykluczenia: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Osoby poniżej 18 roku życia</li> <li>- Cięża i niewykluczenie ciąży</li> <li>- Ryzyko zajścia w ciążę podczas integracji z nauką</li> <li>- Integracja studiów (w przypadku kobiet niespełnienie co najmniej jednego z następujących kryteriów: Początek menopauzy więcej niż 2 lata temu, sterylizacja pomenopauzalna, sterylizacja chirurgiczna, zobowiązanie do stosowania antykoncepcji podczas</li> <li>- Antykoncepcja podczas integracji z badaniami za pomocą hormonów, IUD lub</li> <li>- Diafragma/kondominium+spermicyd)4.</li> <li>- Okres karmienia piersią</li> <li>- Niezdolność lub niemożność wyrażenia zgody (np. demencja)</li> <li>- Opieka (na mocy postanowienia sądu lub urzędowego) lub (już dokonana lub rozpoczęta)</li> <li>- ustanowienie kuratora (co już nastąpiło lub zostało wszczęte)</li> <li>- Ciężka choroba ogólna wymagająca intensywnej terapii</li> <li>- Całkowity bezruch</li> <li>- Nowotwór złośliwy wymagający leczenia lub nieleczonej leczniczo</li> <li>- Aktualne leczenie immunosupresyjne lub chemioterapeutyczne</li> <li>- Niewydolność serca NYHA 3 lub wyższa i obrzęk kończyn dolnych związany z sercem</li> <li>- Ciężka choroba wątroby z wpływem na organizm</li> <li>- cukrzyca przewlekła (HbA1c &gt;10%)</li> </ul>



Summary of Safety and Clinical Performance (SSCP)

	<p>Kryteria wykluczenia z historii choroby</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wymóg dializowania.</li> <li>- Niewydolność serca NYHA 3 lub większa.</li> <li>- Trwająca chemioterapia.</li> <li>- Zaburzenia krzepnięcia krwi (wartość Quick value na stałe poniżej 50).</li> </ul> <p>Lokalne kryteria wykluczenia Oparzenia w regionach nie będą objęte badaniem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- twarz,</li> <li>- szyja,</li> <li>- dłoń,</li> <li>- genitalia,</li> <li>- pośladki oraz</li> <li>- wewnętrzne części stopy.</li> </ul> <p>Wtórne kryteria wykluczenia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ostrego zagrożenia życia występującego podczas leczenia,</li> <li>- ciężkie infekcje ogólne,</li> <li>- problem narkotykowy nie rozpoznany w pierwszej kolejności (stan deliryczny).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apopleksja w ciągu ostatnich 6 miesięcy</li> <li>- Choroba zależna dotycząca narządów wewnętrznych (wyjątek:</li> <li>- Nadużywanie nikotyny)</li> <li>- Obecność co najmniej 1 owrzodzenia większego niż 25cm<sup>2</sup>.</li> <li>- Stan naczyń żylnych lub tętniczych wymagających zabiegu operacyjnego (3 miesiące po</li> <li>- włączenie do badania możliwe)</li> <li>- Współistniejące głębokie zakażenie, zwłaszcza z zajęciem kości (phlegmon, lymphangitis, osteomyelitis)</li> <li>- Owrzodzenia okrzężne (tzw. <i>gaiter ulcers</i>)</li> <li>- Antybiotykoterapia systemowa rozpoczęta lub rozpoczęta w ciągu ostatnich 4 tygodni z prawdopodobnym antybiotykoterapii o przypuszczalnym czasie trwania &gt;7 dni.</li> <li>- Przeciwwskazania do stosowania Suprathel<sup>®</sup> (zwłaszcza zakażone lub silnie krwawiące rany).</li> <li>- rana)</li> <li>- Przewidywany brak zgodności z przepisami (w tym znane przypadki zażywania narkotyków)</li> <li>- Jednoczesny udział w innym badaniu klinicznym z istniejącym ubezpieczeniem.</li> </ul>
<p><b>Liczba zakwalifikowanych uczestników</b>, w tym, jeśli dotyczy, w różnych ramionach leczenia.</p>	<p>dwie grupy. 22 pacjentów zostało zapisanych do Grupy A (Pokrycie skóry przy oparzeniach S1: Przeszczepy skóry dzielonej) i 24 pacjentów zostało zapisanych do Grupy B (Pokrycie skóry przy oparzeniach S2: Pokrycie oparzeń drugiego stopnia).</p>	<p>22 pacjentów w projekcie kohortowym z brakiem grupy kontrolnej</p>
<p><b>Populacja badana:</b> główna charakterystyka wyjściowa każdej grupy badawczej, w tym <b>płeć i wiek</b> uczestników badania.</p>	<p>Grupa A: 22 pacjentów [18 mężczyzn, 4 kobiety; średni wiek 39,6 lat (zakres 18-64 lat)] Grupa B: 24 pacjentów [20 mężczyzn, 4 kobiety; średni wiek 40,5 lat, (zakres 19-64 lat)]</p>	<p>Pacjenci mieli 73 (±10) lat, 73% kobiet i wszyscy cierpieli na ulcus cruris, który utrzymywał się przy zapisie do badania średnio przez 12 (±6) miesięcy</p>
<p><b>Podsumowanie metod badawczych</b></p>	<p>Ból rany: Wizualna skala analogowa (VAS) Czas gojenia: Czas całkowitej epitelizacji.</p>	<p>Badanie powierzchni rany: Obliczenie powierzchni (długość razy szerokość w cm<sup>2</sup>) Definicja leczenia: całkowita epitelizacja Ból rany: Wizualna skala analogowa (VAS):</p>

## Summary of Safety and Clinical Performance (SSCP)

	Zakażenia: Wymazy (w odstępach trzydniowych)	
<p><b>Podsumowanie wyników:</b> wszelkie <b>korzyści kliniczne;</b> wszelkie <b>niepożądane działania uboczne</b> lub <b>działania niepożądane</b> i ich częstość w zależności od czasu; wszelkie wyniki dotyczące długoterminowych korzyści lub ryzyka, na przykład wskaźniki przeżycia implantu w ciągu 5 lub 10 lat i/lub łączne doświadczenie w pacjentolatach. Należy przedstawić <b>oświadczenie o procentowej kompletności obserwacji.</b> Należy dodać informację, czy <b>badanie jest nadal kontynuowane w celu przeprowadzenia długoterminowej obserwacji.</b></p>	<p>W odniesieniu do pierwszorzędnego kryterium docelowego zgromadzone statystycznie istotne dowody na to, że w przypadku miejsc pobrania podzielonej skóry [Grupa A; Suprathel®-grupa: średnia 10-dniowa ocena bólu wynosiła 0,92; (mediana: 1,0; zakres 0,2-1,8); Jelonet®-grupa: średnia 10-dniowa ocena bólu wynosiła 2,1 (mediana 2,8; zakres 0,4-3,0; p=0.0002], Suprathel® zmniejszyła ból w porównaniu do stosowania gazy parafinowej, a także, że w przypadku oparzeń II stopnia [Grupa B; Suprathel®-grupa: średnia 10-dniowa ocena bólu wyniosła 1,0 (mediana:0,9, zakres:0,2-1,8); Omiderm®-grupa: średnia 10-dniowa ocena bólu wyniosła 1,59 ( mediana 1,0, zakres 0,6-2,5); p=0,0072], nastąpiło zmniejszenie bólu w porównaniu do stosowania Omiderm®. Nie udokumentowano istotnej statystycznie poprawy w odniesieniu do czasu gojenia [p= 0,5 (A+B); Grupa A: całkowita reepitelizacja po średnim okresie 10,5 dnia (mediana: 10,5, zakres: 6-14) w grupie Suprathel® i po 10.85-dniowym okresie (mediana: 11, zakres 6-14); Grupa B: całkowita reepitelizacja po średnim 10,2-dniowym okresie (mediana:10,0, zakres 10-16) w grupie Suprathel® i po 10,3-dniowym okresie (mediana:10,0, zakres 6-16) w grupie Omiderm®].</p>	<p>Pod koniec badania, maksymalnie po 24 tygodniach, w 73% przypadków owrzodzenie było całkowicie wygojone, we wszystkich przypadkach, które pozostały w protokole, rozmiar rany był mniejszy. Średnia wielkość rany skurczyła się z 7,5 cm<sup>2</sup> (±7,3 mediana 4,0) do 1,0 cm<sup>2</sup> (±2,2 mediana 0,0) (p&lt;0,001) w analizie per protocol. 1) (p=0,002) przy zastosowaniu Suprathel®. Jakąkolwiek aktywność zapalną zaobserwowano w 66,7% ran na początku badania, tylko 6,7% pozostało w punkcie końcowym (p=0,004). W 100% przypadków obserwator ocenił powierzchnię rany jako zadowalającą po 66,7% na początku badania (p=0,1). Brak wydzieliny stwierdzono w 73,3% przypadków w porównaniu do 20,0% na początku (p=0,02).</p>
<p>Wszelkie <b>ograniczenia badania</b>, takie jak duża utrata czasu obserwacji lub potencjalne</p>	<p>Nie zgłoszono</p>	<p>Nie zgłoszono</p>



## Summary of Safety and Clinical Performance (SSCP)

czynniki zakłócające, które mogą podważyć wyniki.		
Wszelkie <b>uchybień w wyrobie</b> i wszelkie <b>wymiany wyrobu</b> związane z bezpieczeństwem i/lub działaniem podczas badania.	Nie zgłoszono	Nie zgłoszono

Wskazanie: małe obszary 3. stopnia

Aprobata została oparta na zbiorze sześciu studiów przypadków z Marienhospital (Stuttgart) przeprowadzonych przez dr Uhliga. Raport potwierdza pozytywny bilans ryzyka i korzyści dla pacjentów, ponieważ: spontaniczne gojenie jest możliwe bez przeszczepu. Ponadto, ponowne przeszczepy mogą być przeprowadzane w sposób ukierunkowany, przy użyciu mniejszej ilości podzielonej skóry. A lepsze wyniki kosmetyczne są oczywiste, ponieważ można uniknąć „przeszczepiania”.

**5.3. Podsumowanie danych klinicznych z innych źródeł (opublikowana literatura)**

Najważniejsze ustalenia określone jako korzyści kliniczne to:

- łatwe użytkowanie,
- Znaczne złagodzenie bólu,
- mniej leków przeciwbólowych,
- mniejszy koszt i wysiłek przy zmianie opatrunków,
- zmniejszenie długości pobytu w szpitalu,
- szybki/szybszy proces leczenia,
- poprawa epitelizacji (badania histologiczne),
- dobra ocena blizn (wyniki VSS/POSAS),
- mniejszy stres oksydacyjny,
- zmniejszenie ilości cytokin prozapalnych
- zwiększona ekspresja telomerazy
- krótszy okres gojenia
- niższe długoterminowe wskaźniki ponownych interwencji, takich jak uwolnienie przykurczu blizny
- Ograniczenie konieczności stosowania znieczulenia podczas zmian opatrunków

Najważniejszą wskazaną korzyścią kliniczną wyrobu SupraSDRM® jest:

- szybszy przebieg procesu gojenia w przypadku ran przewlekłych

## Summary of Safety and Clinical Performance (SSCP)

## 5.4. Ogólne podsumowanie wyników klinicznych i bezpieczeństwa

## Wyniki kliniczne

Główne korzyści kliniczne wynikające ze stosowania wyrobu medycznego SupraSDRM® oparte na aktualnej wiedzy naukowej, zostały podsumowane w poniższej tabeli:

**SUPRASDRM®**

Oświadczenia dotyczące produktów składane przez PMI	Wyniki badań* dotyczące działania urządzenia
Krótszy czas gojenia	Krótszy czas gojenia ran przewlekłych w porównaniu z kolagenowym produktem do osłaniania ran.

**SUPRATHEL®**

Oświadczenia dotyczące produktów składane przez PMI	Wyniki badań* dotyczące działania urządzenia
Łatwa jednorazowa aplikacja i ocena	Łatwa aplikacja urządzenia
Znaczna ulga w bólu	Znaczna ulga w bólu Mniejsza ilość wymaganych leków przeciwbólowych
Niższe koszty leczenia	Mniejsze koszty i wysiłek przy zmianie opatrunków Mniejsze koszty dzięki mniejszej ilości wymaganych leków przeciwbólowych Skrócenie czasu pobytu pacjenta w szpitalu
Szybki proces gojenia	Szybki/szybszy proces leczenia Poprawa epitelizacji
Doskonałe rezultaty kosmetyczne	Poprawa epitelizacji Dobra ocena blizn
Zmniejszona reakcja zapalna	Mniejszy stres oksydacyjny Zmniejszona ilość cytokin prozapalnych Zwiększona ekspresja telomerazy
Zmniejszona liczba przeszczepów	Zmniejszona potrzeba przeszczepów
Mniejsza potrzeba przeprowadzenia chirurgicznych zabiegów rekonstrukcyjnych	niższe długoterminowe wskaźniki ponownych interwencji, takich jak uwolnienie przykurczu blizny Mniej zabiegów rekonstrukcyjnych
Skrócony czas pobytu w szpitalu	Skrócony czas pobytu w szpitalu
Ograniczenie konieczności stosowania znieczulenia podczas zmian opatrunków	Mniej zmian opatrunku po zabiegu wymagających znieczulenia

\* literatura/referencje wymienione są na końcu SSCP

## Bezpieczeństwo kliniczne

Odnośnie do bezpieczeństwa urządzeń, w żadnym z opublikowanych badań nie odnotowano dodatkowego ryzyka, na przykład związanego ze zwiększoną liczbą zakażeń lub reakcji alergicznych.

Nigdy nie odnotowano żadnych zdarzeń niepożądanych ani działań niepożądanych. Ponadto, nigdy nie było żadnych skarg klientów dotyczących bezpieczeństwa klinicznego pacjentów lub wpływu na zdefiniowane specyfikacje i jakość produktu.

### 5.5. Bieżąca lub planowana obserwacja kliniczna po wprowadzeniu do obrotu

W celu ciągłego monitorowania bezpieczeństwa i działania produktu, Ocena Kliniczna wyrobu medycznego SupraSDRM® jest regularnie aktualizowana o nowo pozyskane dane kliniczne przez cały cykl życia wyrobu. Ze względu na wieloletnie doświadczenie równoważnego wyrobu Suprathel® w ramach tej samej rodziny produktów, badania PMCF nie są wymagane w celu ustalenia dalszych dowodów dotyczących bezpieczeństwa i działania.

## 6. Możliwe alternatywy diagnostyczne lub terapeutyczne

Możliwe alternatywne sposoby leczenia w wyżej wymienionych wskazaniach:

- kremy z sulfadiazynami srebra
- tradycyjne opatrunki na rany (takie jak opatrunki z gazy)
- opatrunki hydrokoloidowe, alginianowe, hydrożelowe - folie i pianki poliuretanowe,
- opatrunki z nylonu pokrytego silikonem,
- opatrunki na rany o właściwościach antybakteryjnych

## 7. Sugerowany profil i szkolenia dla użytkowników

Stosowanie wyrobu medycznego jest ograniczone wyłącznie do pracowników służby zdrowia. Procedury stosowania i pielęgnacji opisane są w instrukcji użytkownika dołączonej do wyrobu medycznego i nie są wymagane żadne dodatkowe szkolenia dla użytkowników, aby móc prawidłowo stosować SupraSDRM®.

Sugerowany profil pacjenta obejmuje pacjentów w ramach wyżej wymienionych wskazań. Poza pacjentami wykazującymi objawy wymienione w przeciwwskazaniach lub znanymi alergiami na składniki wyrobu, nie ma ograniczeń w stosowaniu SupraSDRM® ani żadnych innych kryteriów doboru pacjentów.

## 8. Odniesienie do wszelkich (zharmonizowanych) norm i stosowanych CS

Normy zharmonizowane	Krótki opis
<b>Common specifications</b>	Non available for the product
<b>DIN EN ISO 13485</b>	Medical devices - Quality management systems - Requirements for regulatory purposes
<b>DIN EN 62366-1</b>	Medical devices - Part 1: Application of usability engineering to medical devices
<b>DIN EN ISO 14971</b>	Medical devices – Application of risk management to medical devices
<b>DIN EN ISO 14155</b>	Clinical Investigation of Medical Devices for Human Subjects - Good Clinical Practice
<b>DIN EN ISO 10993-1</b>	Biological evaluation of medical devices - Part 1: Evaluation and testing within a risk management system
<b>DIN EN ISO 10993-3</b>	Biological evaluation of medical devices - Part 3: Tests for genotoxicity, carcinogenicity and reproductive toxicity

## Summary of Safety and Clinical Performance (SSCP)

<b>DIN EN ISO 10993-5</b>	Biological evaluation of medical devices - Part 5: Tests for in vitro cytotoxicity
<b>DIN EN ISO 10993-6</b>	Biological evaluation of medical devices – Part 6: Tests for local effects after implantation
<b>DIN EN ISO 10993-10</b>	Biological evaluation of medical devices - Part 10: Tests for irritation and skin sensitization
<b>DIN EN ISO 10993-11</b>	Biological evaluation of medical devices - Part 11: Tests for systemic toxicity
<b>DIN EN ISO 10993-12</b>	Biological evaluation of medical devices - Part 12: Sample preparation and reference materials
<b>DIN EN ISO 11737-1</b>	Sterilization of medical devices - Requirements for the estimation of population of microorganisms on a product
<b>DIN EN ISO 11737-2</b>	Sterilization of medical devices - Microbiological methods - Part 2: Tests of sterility performed in the definition, validation and maintenance of a sterilization process
<b>DIN EN ISO 11137-1</b>	Sterilization of health care products - Radiation - Part 1: Requirements for development, validation and routine control of a sterilization process for medical devices
<b>DIN EN ISO 11137-2</b>	Sterilization of Health Care Products - Radiation - Part 2: Establishing The Sterilization Dose
<b>DIN EN 556-1</b>	Sterilization of medical devices - Requirements for medical devices to be designated "STERILE" - Part 1: Requirements for terminally sterilized medical devices
<b>DIN EN ISO 11607-1</b>	Packaging for terminally sterilized medical devices - Part 1: Requirements for materials, sterile barrier systems and packaging systems
<b>DIN EN ISO 11607-2</b>	Packaging for terminally sterilized medical devices - Part 2: Validation requirements for forming, sealing and assembly processes
<b>DIN EN ISO 20417</b>	Medical devices – Information to be supplied by the manufacturer
<b>DIN EN ISO 15223-1</b>	Medical Devices - Symbols To Be Used With Medical Device Labels, Labelling And Information To Be Supplied - Part 1: General Requirements
<b>DIN EN 868-2</b>	Packaging for terminally sterilized medical devices - Part 2: Sterilization wrap - Requirements and test methods
<b>DIN EN 868-5</b>	Packaging for terminally sterilized medical devices - Part 5: Sealable pouches and reels of porous materials and plastic film construction - Requirements and test methods
<b>DIN EN ISO 14698-1</b>	Cleanrooms and associated controlled environments -- Biocontamination control -- Part 1: General principles and methods
<b>DIN EN ISO 14698-2</b>	Cleanrooms and associated controlled environments -- Biocontamination control -- Part 2: Evaluation and interpretation of biocontamination data
<b>ISTA 2a</b>	Partial Simulation Performance Tests - Packaged Products 150 lb (68 kg) or Less
<b>USP &lt;151&gt;</b>	Pyrogen Study
<b>ASTM F1886/F1886M</b>	Standard Test Method for Determining Integrity of Seals for Flexible Packaging by Visual Inspection
<b>ASTM F88/F88M</b>	Standard Test Method for Seal Strength of Flexible Barrier Materials
<b>ASTM F3039</b>	Standard Test Method for Detecting Leaks in Nonporous Packaging or Flexible Barrier Materials by Dye Penetration

## Summary of Safety and Clinical Performance (SSCP)

## 9. Odniesienia do literatury

Abbott, C. A., Carrington, A. L., Ashe, H., Bath, S., Every, L. C., Griffiths, J., Hann, A. W., Hussein, A., Jackson, N., Johnson, K. E., Ryder, C. H., Torkington, R., Van Ross, E. R., Whalley, A. M., Widdows, P., Williamson, S., Boulton, A. J. & North-West Diabetes Foot Care, S. (2002). The North-West Diabetes Foot Care Study: incidence of, and risk factors for, new diabetic foot ulceration in a community-based patient cohort. *Diabet Med*, 19, 377-84.

Albertsson, A., Eklund, M. (1995). Influence of Molecular Structure on the degradation mechanism of Degradable Polymers: In Vitro Degradation of Poly(Trimethylene Carbonate, Poly(Trimethylene Carbonate-co-Caprolactone), and Poly(Adipic Anhydride). *J Applied Polymer Sci* 57, 87-103.

Ali, S. A., Zhong, S. P., Doherty, P. J. & Williams, D. F. (1993). Mechanisms of polymer degradation in implantable devices. I. Poly(caprolactone). *Biomaterials*, 14, 648-56.

Apelqvist, J., Bakker, K., Van Houtum, W. H., Nabuurs-Franssen, M. H. & Schaper, N. C. (2000). International consensus and practical guidelines on the management and the prevention of the diabetic foot. International Working Group on the Diabetic Foot. *Diabetes Metab Res Rev*, 16 Suppl 1, S84-92.

Baartmans, M. G., Dokter, J., Den Hollander, J. C., Kroon, A. A. & Oranje, A. P. (2011). Use of skin substitute dressings in the treatment of staphylococcal scalded skin syndrome in neonates and young infants. *Neonatology*, 100, 9-13.

Barbachowska A, Korzeniowski T, Surowiecka A, Tomaka P, Bugaj-Tobiasz M, Łączyk M, Górecka Z, Chrapusta A, Strużyna J. The Effectiveness of an Alloplastic Epidermal Substitute in the Treatment of Burn Wounds in Children: A Comparative Clinical Study of Skin Substitutes and Silver and Paraffin Gauze Dressings. *J Clin Med*. 2024 Nov 28;13(23):7238.

Barbachowska A, Tomaka P, Surowiecka A, Łączyk M, Górecka Z, Stepniewski A, Chrapusta A, Sadowy R, Strużyna J, Korzeniowski T (2025). The Influence of Blood Parameters on the Adhesion of an Epidermal Substitute in the Treatment of Burn Wounds in Children. *J Clin Med*. 2025 Jun 29;14(13):4614.

Blome-Eberwein, S.A., Amani, H., Lozano, D.D., Gogal, C., Boorse, D., Pagella, P. Burns. A bio-degradable synthetic membrane to treat superficial and deep second degree burn wounds in adults and children – 4 year experience. 2020 Aug 29;S0305-4179(20)30507-6

Bostman, O. M. (1991). Absorbable implants for the fixation of fractures. *J Bone Joint Surg Am*, 73, 148-53.

Brady, J. M., Cutright, D. E., Miller, R. A. & Barristone, G. C. (1973). Resorption rate, route, route of elimination, and ultrastructure of the implant site of polylactic acid in the abdominal wall of the rat. *J Biomed Mater Res*, 7, 155-66.

Burd, A. & Yuen, C. (2005). A global study of hospitalized paediatric burn patients. *Burns*, 31, 432-8.

Bryant, R., Nix, D. (2006). *Acute and Chronic Wounds 3rd Edition*.

Cha, Y. & Pitt, C. G. (1990). The biodegradability of polyester blends. *Biomaterials*, 11, 108-12.

Cheema L, Manzoor S, Khalid U, Shamim R, Hashaam, Tayyab Z, Bashir M. Suprathel Dressing at Split Thickness Skin Graft Donor Site for Pain Control and Wound Healing. *Pakistan journal of medical and health sciences*, 2022, 16(10), 116-118

Cussons D, Sullivan J, Frew Q, Barnes D. Suprathel Versus Hypafix in the Management of Split-Thickness Donor Site Wounds in the Elderly: A Randomised Controlled Trial. *Eur Burn J*. 2024 Oct 17;5(4):335-345.

**Summary of Safety and Clinical Performance (SSCP)**

Dadras M, Wagner JM, Wallner C, Sogorski A, Sacher M, Harati K, Lehnhardt M, Behr B. Enzymatic debridement of hands with deep burns: a single center experience in the treatment of 52 hands. *J Plast Surg Hand Surg.* 2020 Aug;54(4):220-224. doi: 10.1080/2000656X.2020.1755298. Epub 2020 Apr 21. PMID: 32315252.

Dastagir N, Kijas D, Obed D, Tamulevicius M, Vogt PM, Dastagir K. Suprathel<sup>®</sup> and water-filtered infrared-A radiation (wIRA) as a new treatment strategy for toxic epidermal necrolysis (TEN): A prospective study. *Burns.* 2024 Dec;50(9):107283

Delgado-Miguel C, García Morán A, Fuentes Gómez L, Díaz M, Miguel-Ferrero M, López-Gutiérrez JC. Comparison of the effectiveness of three different skin substitutes for the treatment of pediatric burns. *Eur J Pediatr.* 2024 Dec 13;184(1):80.

Delgado-Miguel C, Salomé V, Miguel-Ferrero M, López-Gutiérrez JC. Neonatal Severe Staphylococcal Scalded Skin Syndrome: Management with Autoadhesive Skin Substitute Dressing (Suprathel<sup>®</sup>). *Indian J Pediatr.* 2024 Sep;91(9):984.(a)

Demircan, M., Gürnlüoğlu, K., Gözükar, B., H.G., Koçbıyık, A., Gül, M., Üremiş, N., Gül, S., Gürnlüoğlu, S., Türköz, Y., Taşçı, A. Impaction of the polylactic membrane or hydrofiber with silver dressings on the interleukin-6, tumor necrosis factor- $\alpha$ , transforming growth factor- $\beta$ 3 levels in the blood and tissues of pediatric patients with burns. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2021 Jan;27(1):122-131

Dhivya, S., Padma, V. V. & Santhini, E. (2015). Wound dressings - a review. *Biomedicine (Taipei)*, 5, 22.

Everett, M., Massand, S., Davis, W., Burkey, B. & Glat, P. M. (2015). Use of a copolymer dressing on superficial and partial-thickness burns in a paediatric population. *J Wound Care*, 24, S4-8.

Fernandes S, Teixeira I, Carmo L, Campos M, Garcia M. The Use of a Polylactic Membrane in Pediatric Burns Proves to be Successful Even After Late Application. *J Burn Care Res.* . 2023 Sep 7;44(5):1176-1181

Fischer, S., Kremer, T., Horter, J., Schaefer, A., Ziegler, B., Kneser, U., Hirche, C. Suprathel<sup>®</sup> for severe burns in the elderly: Case report and review of the literature. *Burns.* 2016 Aug;42(5):e86-92

Galati V, Vonthein R, Stang F, Mailaender P, Kisch T. Split thickness skin graft versus application of the temporary skin substitute suprathel in the treatment of deep dermal hand burns: a retrospective cohort study of scar elasticity and perfusion. *Int J Burns Trauma.* 2021 Aug 15;11(4):312-320

Gürnlüoğlu, K., Demircan, M., Tasci, A., Uremis, M. M., Turkoz, Y., Bag, H. G., Akinci, A. & Bayrakci, E. (2019). The Effects of Two Different Burn Dressings on Serum Oxidative Stress Indicators in Children with Partial Burn. *J Burn Care Res*, 40, 444-450. (2019a)

Gürnlüoğlu, K., Demircan, M., Koç, A., Koçbıyık, A., Taşçı, A., Durmuş, K., Gürnlüoğlu, S., Gözükar, B., H (2019). The Effects of Different Burn Dressings on Length of Telomere and Expression of Telomerase in Children With Thermal Burns. *J Burn Care Res.* 2019 Apr 26;40(3):302-311. (2019b)

Hakkarainen, T., Koivuniemi, R., Kosonen, M., Escobedo-Lucea, C., Sanz-Garcia, A., Vuola, J., Valtonen, J., Tammela, P., Mäkitie, A., Luukko, K., Yliperttula, M., Kavola, H. J Control Release. Nanofibrillar cellulose wound dressing in skin graft donor site treatment. 2016 Dec 28;244(Pt B):292-301.

Harenberg, P. S., Hrabowski, M., Ryssel, H., Gazyakan, E., Germann, G., Engel, H. & Reichenberger, M. A. (2010). CASE REPORT Febrile Ulceronecrotic Mucha-Habermann Disease. *Eplasty*, 10.

## Summary of Safety and Clinical Performance (SSCP)

Heitzmann W, Enzmann J, von Kohout M, Mattern MM, Akkan J, Fuchs PC, Schiefer JL. Accelerated wound healing of enzymatically debrided deep dermal burn wounds after the use of fish skin (Kerecis Omega3 Wound®) in comparison to Suprathel®. *Burns*. 2025 Jun;51(5):107471. (2025a)

Heitzmann W, Mossing M, Fuchs PC, Akkan J, Seyhan H, Grieb G, Opländer C, Schiefer JL. Comparative Clinical Study of Suprathel® and Jelonet® Wound Dressings in Burn Wound Healing after Enzymatic Debridement. *Biomedicines*. 2023 Sep 22;11(10):2593.

Heitzmann W, Mossing M, von Kohout M, Alhujaili Y, Akkan J, Fuchs PC, Lefering R, Schiefer JL. Long-term skin quality and scar formation after enzymatic debridement of deep-dermal burn wounds: A follow-up comparative study of Suprathel® and Jelonet®. *Burns*. 2025 Nov 20;52(1):107803. (2025b)

Hettiaratchy, S. & Papini, R. (2004). Initial management of a major burn: II--assessment and resuscitation. *BMJ*, 329, 101-3.

Highton, L., Wallace, C., Shah, M. Use of Suprathel® for partial thickness burns in children. *Burns*. 2013 Feb;39(1):136-41

Hollinger, J. O. & Battistone, G. C. (1986). Biodegradable bone repair materials. Synthetic polymers and ceramics. *Clin Orthop Relat Res*, 290-305.

Hundeshagen, G., Collins, V. N., Wurzer, P., Sherman, W., Voigt, C. D., Cambiaso-Daniel, J., Nunez Lopez, O., Sheaffer, J., Herndon, D. N., Finnerty, C. C. & Branski, L. K. (2018). A Prospective, Randomized, Controlled Trial Comparing the Outpatient Treatment of Pediatric and Adult Partial-Thickness Burns with Suprathel or Mepilex Ag. *J Burn Care Res*, 39, 261-267.

Hunt, T., Aslam, R., Beckert, S., Wagner, S., Ghani, R., Hussain, M., Roy, S., And Sen, C. (2007). Aerobically Derived Lactate Stimulates Revascularization And Tissue Repair Via Redox Mechanisms. *Antioxidants & Redox Signaling* Volume 9, Number 8.

Kaartinen, I. S. & Kuokkanen, H. O. (2011). Suprathel® causes less bleeding and scarring than Mepilex® Transfer in the treatment of donor sites of split-thickness skin grafts. *J Plast Surg Hand Surg*, 45, 200-3.

Karlsson M, Steinvall I, Elmasry M. Suprathel® or Mepilex® Ag for treatment of partial thickness burns in children: A case control study. *Burns*. 2023 Mar 11;S0305-4179(23)00043-8.

Kamolz, L.-P., Herndon, D. N., Jeschke, M. G. (2009). *Verbrennungen – Diagnose, Therapie und Rehabilitation des thermischen Traumas*. Wien Springer-Verlage.

Kamolz, L., Lumenta, D., Kitzinger, H., Frey, M. (2008). Tissue engineering for cutaneous wounds: an overview of current standards and possibilities. *Eur Surg* 40, 19-26.

Katz, A. R., Mukherjee, D. P., Kaganov, A. L. & Gordon, S. (1985). A new synthetic monofilament absorbable suture made from polytrimethylene carbonate. *Surg Gynecol Obstet*, 161, 213-22.

Keck, M., Selig, H. F., Lumenta, D. B., Kamolz, L. P., Mittlbock, M. & Frey, M. (2012). The use of Suprathel® in deep dermal burns: first results of a prospective study. *Burns*, 38, 388-95.

Khorasani E, Batra A, Bartlett R, Bergquist S, Liden BA and Rangel-Berridi K (2025) Cost-utility analysis of a polylactic acid matrix versus a collagen dressing for the closure of diabetic foot ulcers. *Front. Public Health* 13:1625252. doi: 10.3389/fpubh.2025.1625252

Königs I (2025) AWMF S2k guideline „Versorgung thermisch verletzter Kinder“, *Monatsschrift Kinderheilkunde*, May 2025

**Summary of Safety and Clinical Performance (SSCP)**

Kumar, S., Ashe, H. A., Parnell, L. N., Fernando, D. J., Tsigos, C., Young, R. J., Ward, J. D. & Boulton, A. J. (1994). The prevalence of foot ulceration and its correlates in type 2 diabetic patients: a population-based study. *Diabet Med*, 11, 480-4. Lindford, A. J., Kaartinen, I. S., Virolainen, S. & Vuola, J. (2011). Comparison of Suprathel(R) and allograft skin in the treatment of a severe case of toxic epidermal necrolysis. *Burns*, 37, e67-72.

Martínez-Jiménez MA, Novoa-Moreno AL, Miranda-Altamirano RA, Johnson-Ponce O, Kolosovas-Manchuca ES, Loza-González VM. Facial Burn Healing With a Polylactic Acid Dermal Matrix: A Case Report on Wound Modulation and Graft-Free Epithelialization. *J Burn Care Res*. 2025 Nov 5;46(6):1460-1463 (2025a)

Martínez-Jiménez MA, Novoa-Moreno AL, Loza-González VM, Pérez-Medina-Carballo R, Cervantes-Báez PA. Use of Polylactic Acid Dermal Matrix for the Management of Wounds with Exposed Avascular Structures. *J Clin Med*. 2025 Dec 19;15(1):3 (2025b)

Megas IF, Fuchs PC, Pinterits F, Jain AM, Fikatas P, Habild G, Delavari S, Breidung D. Bioresorbable Polylactic Acid Matrix for Chronic Non-Healing Wounds: First Clinical Experience in Europe. *J Pers Med*. 2025 Dec 31;16(1):10.

Larson, M.L., Elkady, D., Sharma, S., Beaucock, B., Lou, R.B., Khandelwal, A. (2024). *Burns*. 2024 Sep;50(7):1832-1839

Lee A, McKean AR, Wormald JCR, King ICC, Collins DP, Dheansa B; CASSIUS Collaborative (2025). A clinician survey of skin substitute use in burns care in the UK and Ireland: The CASSIUS study. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2025 Mar;102:238-246. doi: 10.1016/j.bjps.2025.01.064.

Liden BA, Liu L, Regulski M, Foster M, Leon R, Palazzi G, Ramirez-Garcia Luna JR. A multicenter retrospective study comparing a polylactic acid CAMP with intact fish skin graft or a collagen dressing in the management of diabetic foot ulcers and venous leg ulcers. *Wounds*. 2024 Sep;36(9):297-302

Lindford, A. J., Kaartinen, I. S., Virolainen, S. & Vuola, J. (2011). Comparison of Suprathel(R) and allograft skin in the treatment of a severe case of toxic epidermal necrolysis. *Burns*, 37, e67-72.

Liodaki, E., Schopp, B.E., Lindert, J., Krämer, R., Kisch, T., Mailänder, P., Stang, F. Kombination von universellem Antidot und temporärem Hautersatz bei Verätzungen [Combination of a universal antidote and temporary skin substitute for chemical burns: Extended case report]. *Unfallchirurg*. 2015 Sep;118(9):804-7.

Lipkin I, Hughes M, Hughes WB (2025) Utilization of Suprathel® in delayed surgical management of toxic epidermal necrolysis (TEN): A case report, *Burns Open* 2025

Madry, R., Struzyna, J., Stachura-Kulach, A., Drozd, L. & Bugaj, M. (2011). Effectiveness of Suprathel(R) application in partial thickness burns, frostbites and Lyell syndrome treatment. *Pol Przegl Chir*, 83, 541-8.

Margolis, D. J., Allen-Taylor, L., Hoffstad, O. & Berlin, J. A. (2004). The accuracy of venous leg ulcer prognostic models in a wound care system. *Wound Repair Regen*, 12, 163-8.

Margolis, D. J., Allen-Taylor, L., Hoffstad, O. & Berlin, J. A. (2004). The accuracy of venous leg ulcer prognostic models in a wound care system. *Wound Repair Regen*, 12, 163-8.

Margolis, D. J., Malay, D. S., Hoffstad, O. J., Leonard, C. E., Macurdy, T., Lopez De Nava, K., Tan, Y., Molina, T. & Siegel, K. L. 2011. Prevalence of diabetes, diabetic foot ulcer, and lower extremity amputation among Medicare beneficiaries, 2006 to 2008: Data Points #1. *Data Points Publication Series*. Rockville (MD).

**Summary of Safety and Clinical Performance (SSCP)**

Markl, P., Prantl, L., Schreml, S., Babilas, P., Landthaler, M. & Schwarze, H. (2010). Management of split-thickness donor sites with synthetic wound dressings: results of a comparative clinical study. *Ann Plast Surg*, 65, 490-6.

Maxey J, Wampler M, Elkady D, DeVault A, Williamson K, Borrelli M, Lou R, Khandelwal A. Minimally invasive excision combined with epidermal autografting and poly-lactic acid skin substitute improves outcomes in pediatric partial thickness burns, *Journal of Pediatric Surgery Open*, Volume 11 (2025)

März V, Vogt M. Skin Healing of Deep Second Degree Burn Injuries in Four Individuals Sustained in a Boat Explosion Results after Different Approaches. *Eur. Burn J.* 2020, 1, 191–195

Merz, K. M., Sievers, R., Reichert, B. (2011). Suprathel<sup>®</sup> for coverage of superficial dermal burns of the face. *GMS Verbrennungsmedizin*, 4.

Miguel-Ferrero M, Delgado-Miguel C, Díaz M, Carlos López-Gutiérrez J. Toxic epidermal necrolysis management with suprathel™ Tratamiento de la necrólisis epidérmica tóxica con suprathel<sup>®</sup>. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2023 Aug 17:S2341-2879(23)00185-0

Moellhoff N, Lettner M, Frank K, Giunta RE, Ehrl D. Polylactic Acid Membrane Improves Outcome of Split-Thickness Skin Graft Donor Sites: A Prospective, Comparative, Randomized Study. *Plast Reconstr Surg*. 2022 Nov 1;150(5):1104-1113

Moffatt, C. J. & Dorman, M. C. (1995). Recurrence of leg ulcers within a community ulcer service. *J Wound Care*, 4, 57-61.

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*. 2009;6:e1000097. DOI:10.1371/journal.pmed1000097

Mueller, E., Haim, M., Petnehazy, T., Acham-Roschitz, B. & Trop, M. (2010). An innovative local treatment for staphylococcal scalded skin syndrome. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*, 29, 893-7.

Novoa-Moreno AL, Martinez-Jimenez MA, Ortiz-Alvarez A, Sanchez-Olivo N, Loza-Gonzalez VM, Ramirez-Garcia Luna JL (2025). Polylactic Acid Membranes, a Novel Adjunct Treatment for Bullous Impetigo. *Infect Dis Rep*. 2025 Jun 19;17(3):72.

Nischwitz SP, Popp D, Shubitidze D, Luze H, Zrim R, Klemm K, Rapp M, Haller HL, Feisst M, Kamolz LP. The successful use of polylactide wound dressings for chronic lower leg wounds: A retrospective analysis. *Int Wound J*. 2021 Nov 8.

O'meara, S. & Martyn-St James, M. (2013). Foam dressings for venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*, CD009907

Pego, A. P., Van Luyn, M. J., Brouwer, L. A., Van Wachem, P. B., Poot, A. A., Grijpma, D. W. & Feijen, J. (2003). In vivo behavior of poly(1,3-trimethylene carbonate) and copolymers of 1,3-trimethylene carbonate with D,L-lactide or epsilon-caprolactone: Degradation and tissue response. *J Biomed Mater Res A*, 67, 1044-54.

Pfurtscheller, K. & Trop, M. (2014). Phototoxic plant burns: report of a case and review of topical wound treatment in children. *Pediatr Dermatol*, 31, e156-9.

Pfurtscheller, K., Zobel, G., Roedel, S. & Trop, M. (2008). Use of Suprathel dressing in a young infant with TEN. *Pediatr Dermatol*, 25, 541-3.

## Summary of Safety and Clinical Performance (SSCP)

- Pitt, C. G., Gratzl, M. M., Kimmel, G. L., Surles, J. & Schindler, A. (1981). Aliphatic polyesters II. The degradation of poly (DL-lactide), poly (epsilon-caprolactone), and their copolymers in vivo. *Biomaterials*, 2, 215-20.
- Quinn, K. J., Courtney, J. M., Evans, J. H., Gaylor, J. D. & Reid, W. H. (1985). Principles of burn dressings. *Biomaterials*, 6, 369-77.
- Rahmanian-Schwarz, A., Beiderwieden, A., Willkomm, L.M., Amr, A., Schaller, H.E., Lotter, O. A clinical evaluation of Biobrane® and Suprathel® in acute burns and reconstructive surgery. *Burns*. 2011 Dec;37(8):1343-8
- Rajendran, S., Anand, S.C. (2011). Hi-tech textiles for interactive wound therapies: Handbook of Medical Textiles.
- Rashaan, Z. M., Krijnen, P., Allema, J. H., Vloemans, A. F., Schipper, I. B. & Breederveld, R. S. (2016). Usability and effectiveness of Suprathel® in partial thickness burns in children. *Eur J Trauma Emerg Surg*, 43, 549-556.
- Raine BE, Fowler CC, Nguyen A, Schneider P, Gunn KJ, Chikoti R, Bell DE (2025). Polylactic Acid Membrane for the Treatment of Pediatric Burn Injuries: An Adoptable Practice to Improve Burn Management. *Ann Plast Surg*. 2025 Apr 1;94(4S Suppl 2)
- Robson, M. C., Steed, D. L. & Franz, M. G. (2001). Wound healing: biologic features and approaches to maximize healing trajectories. *Curr Probl Surg*, 38, 72-140.
- Rothenberger, J., Constantinescu, M. A., Held, M., Aebersold, D. M., Stolz, A., Tschumi, C. & Olariu, R. (2016). Use of a Polylactide-based Copolymer as a Temporary Skin Substitute for a Patient With Moist Desquamation Due to Radiation. *Wounds*, 28, E26-30.
- Ruckley, C. V. (1998). Caring for patients with chronic leg ulcer. *BMJ*, 316, 407-8.
- Sari, E., Eryilmaz, T., Tetik, G., Ozakpinar, H. R. & Eker, E. (2014). Suprathel®-assisted surgical treatment of the hand in a dystrophic epidermolysis bullosa patient. *Int Wound J*, 11, 472-5.
- Schiefer, J.L., Rahmanian-Schwarz, A., Schaller, H.E., Manoli, T. A Novel Hand-shaped Suprathel simplifies the Treatment of Partial-Thickness Burns. *Adv Skin Wound Care*. 2014 Nov;27(11):513-6
- Schiefer JL, Andrae J, Bagheri M, Fuchs PC, Lefering R, Heitzmann W, Schulz A (2022a[JW28.1]). A clinical comparison of pure knitted silk and a complex synthetic skin substitute for the treatment of partial thickness burns. *Int Wound J*. 2022 Jan;19(1):178-187.
- Schiefer JL, Aretz GF, Fuchs PC, Bagheri M, Funk M, Schulz A, Daniels M (2022b). Comparison of wound healing and patient comfort in partial-thickness burn wounds treated with SUPRATHEL and epicte hydro wound dressings. *Int Wound J*. 2022 May;19(4):782-790.
- Schiefer JL, Aretz FG, Fuchs PC, Lefering R, Yary P, Opländer C, Schulz A, Daniels M (2022c). Comparison of Long-Term Skin Quality and Scar Formation in Partial-Thickness Burn Wounds Treated with Suprathel® and epicitehydro® Wound Dressings. *Medicina (Kaunas)*. 2022 Oct 28;58(11):1550.
- Schiefer JL, Andrae J, Fuchs PC, Lefering R, Heidekrueger PI, Schulz A, Bagheri M. Evaluation of Scar Quality after Treatment of Superficial Burns with Dressilk® and Suprathel®-In an Intraindividual Clinical Setting (2022d). *J Clin Med*. 2022 May 18;11(10):2857
- Schreml, S., Szeimies, R. M., Prantl, L., Karrer, S., Landthaler, M. & Babilas, P. (2010). Oxygen in acute and chronic wound healing. *Br J Dermatol*, 163, 257-68.

**Summary of Safety and Clinical Performance (SSCP)**

Schriek K, Ott H, Sinnig M. Paradigm Shift in Treatment Strategies for Second-Degree. *Eur. Burn J.* 2022, 3, 1–9

Schulz A, Perbix W, Shoham Y, Daali S, Charalampaki C, Fuchs PC, Schiefer J. Our initial learning curve in the enzymatic debridement of severely burned hands-Management and pit falls of initial treatments and our development of a post debridement wound treatment algorithm. *Burns.* 2017 Mar;43(2):326-336. doi: 10.1016/j.burns.2016.08.009. Epub 2016 Oct 27. PMID: 28341257.

Schwarze, H., Kuntscher, M., Uhlig, C., Hierlemann, H., Prantl, L., Noack, N. & Hartmann, B. (2007). Suprathel, a new skin substitute, in the management of donor sites of split-thickness skin grafts: results of a clinical study. *Burns*, 33, 850-4.

Schwarze, H., Kuntscher, M., Uhlig, C., Hierlemann, H., Prantl, L., Ottomann, C. & Hartmann, B. (2008). Suprathel, a new skin substitute, in the management of partial-thickness burn wounds: results of a clinical study. *Ann Plast Surg*, 60, 181-5.

Selig, H. F., Keck, M., Lumenta, D. B., Mittlbock, M. & Kamolz, L. P. (2013). The use of a polylactide-based copolymer as a temporary skin substitute in deep dermal burns: 1-year follow-up results of a prospective clinical noninferiority trial. *Wound Repair Regen*, 21, 402-9.

Sun, H., Mei, L., Song, C., Cui, X. & Wang, P. (2006). The in vivo degradation, absorption and excretion of PCL-based implant. *Biomaterials*, 27, 1735-40.

Szycher, M. & Lee, S. J. (1992). Modern wound dressings: a systematic approach to wound healing. *J Biomater Appl*, 7, 142-213.

Tams, J., Joziassse, C. A., Bos, R. R., Rozema, F. R., Grijpma, D. W. & Pennings, A. J. (1995). High-impact poly(L/D-lactide) for fracture fixation: in vitro degradation and animal pilot study. *Biomaterials*, 16, 1409-15.

Thomas, S. S., Lawrence, J. C. & Thomas, A. (1995). Evaluation of hydrocolloids and topical Medication In Minor Burns. *J Wound Care*, 4, 218-20.

Trabold, O., Wagner, S., Wicke, C., Scheuenstuhl, H., Hussain, Z., Rosen, N., Seremetiev, A., Becker, H., Hunt, T (2003). Lactate and oxygen constitute a fundamental regulatory mechanism in wound healing. *Wound Rep Reg* 11:504–509.

Uhlig, C., Hierlemann, H., Dittel, K.-K. (2007). Actual Strategies in the Treatment of Severe Burns - Considering Modern Skin Substitutes. *Osteo trauma care* 15, 2-7.

Uhlig, C., Rapp, M. & Dittel, K. K. (2007a). [New strategies for the treatment of thermally injured hands with regard to the epithelial substitute Suprathel]. *Handchir Mikrochir Plast Chir*, 39, 314-9.

Uhlig, C., Rapp, M., Hartmann, B., Hierlemann, H., Planck, H. & Dittel, K. K. (2007b). Suprathel-an innovative, resorbable skin substitute for the treatment of burn victims. *Burns*, 33, 221-9.

van de Warenburg MS, El Yadari S, Hummelink S, Ulrich DJ, Vehmeijer-Heeman M (2025b). Suprathel's usability and effectiveness for the treatment of paediatric partial thickness burns: a 10-year retrospective cohort study. *Burns.* 2025 May;51(4):107451.

van de Warenburg MS, Teeuwen B, Hummelink S, Ulrich DJ, Vehmeijer-Heeman ML (2025a). Does the dressing matter in pediatric partial-thickness burns: a systematic review and meta-analysis. *Burns.* 2025 May;51(4):107428.

Vasel-Biergans, A., Probst, W. (2010). *Wundauflagen*. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart.



## Summary of Safety and Clinical Performance (SSCP)

- Vowden, K. R. & Vowden, P. (2009). The prevalence, management, equipment provision and outcome for patients with pressure ulceration identified in a wound care survey within one English health care district. *J Tissue Viability*, 18, 20-6.
- Wachenfeld-Teschner V, Beier JP, Boos AM, Schäfer B. Factors influencing surgical care and outcome of pediatric burn injuries and the use of synthetic skin substitutes. *J Burn Care Res*. 2024 Jun 11:irae106.
- Wallner C, Holtermann J, Drysch M, Schmidt S, Reinkemeier F, Wagner JM, Dadras M, Sogorski A, Houschyar KS, Becerikli M, Lehnhardt M, Behr B. The Use of Intact Fish Skin as a Novel Treatment Method for Deep Dermal Burns Following Enzymatic Debridement: A Retrospective Case-Control Study. *Eur Burn J*. 2022 Jan 27;3(1):43-55. doi: 10.3390/ebj3010006. PMID: 39604176; PMCID: PMC11575382.
- Wasiak, J., Cleland, H., Campbell, F. & Spinks, A. (2013). Dressings for superficial and partial thickness burns. *Cochrane Database Syst Rev*, CD002106.
- Wasiak, J., Cleland, H. (2005). Minor thermal burns. *Clinical Evidence*, 2754-2763.
- Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R. & King, H. (2004). Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27, 1047-53.
- Woodward, S. C., Brewer, P. S., Moatamed, F., Schindler, A. & Pitt, C. G. (1985). The intracellular degradation of poly(epsilon-caprolactone). *J Biomed Mater Res*, 19, 437-44.
- Wu, L., Norman, G., Dumville, J. C., O'meara, S. & Bell-Syer, S. E. (2015). Dressings for treating foot ulcers in people with diabetes: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*, CD010471.
- Yilmaz E, Simsek E, Ertenlice A, Akgun AE, Akin M (2025). Use of Suprathel for Deep Dermal Burns: Our Clinical Experience. *ACH Med J* (2025) 3: 089-092

## Summary of Safety and Clinical Performance (SSCP)

## 10. Historia zmian

Numer wersji SSCP	Data wydania	Opis zmiany	Korekta zatwierdzona przez jednostkę notyfikowaną
1	2022.06.20	Podsumowanie bezpieczeństwa i działania klinicznego (SSCP) zostało po raz pierwsze sporządzone w związku z nowym wymogiem wynikającym z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745.	<input type="checkbox"/> Tak Język walidacji: <input type="checkbox"/> Nie
2	2022.12.06	Korekta rozdziału 1.7 (rok wydania pierwszego certyfikatu (CE) obejmującego wyrób został poprawiony na „2019”) i rozdziału 3 (zmieniono informacje dotyczące kształtów i rozmiaru).	<input type="checkbox"/> Tak Język walidacji: <input type="checkbox"/> Nie
3	2023.02.14	<b>Jedyna zmiana redakcyjna:</b> Z uwagi na niezwykle wysokich kosztów tłumaczenia na 24 języki urzędowe Unii Europejskiej Podsumowanie bezpieczeństwa i działania klinicznego (SSCP) zostało sformułowane w sposób bardziej zwięzły. Przykładowo, obszernie fragmenty tekstu zostały przekształcone na podpunkty itp.	<input checked="" type="checkbox"/> Tak Język walidacji: <input type="checkbox"/> Nie
4	2024.04.01	<b>Istotna zmiana:</b> Z powodu oficjalnej zmiany adresu producenta (zmiana lokalizacji głównej siedziby firmy na Kirchheim unter Teck) dokonano również zmiany adresu producenta w Podsumowaniu bezpieczeństwa i działania klinicznego (SSCP).	<input checked="" type="checkbox"/> Tak Język walidacji: <input type="checkbox"/> Nie
5	2024.07.22	<b>Istotna zmiana:</b> W związku z corocznymi aktualizacjami dokonywanymi w raporcie z obserwacji klinicznych po wprowadzeniu do obrotu (PMCF) i dyrektywie CER wprowadzono również stosowne zmiany w Podsumowaniu bezpieczeństwa i działania klinicznego (SSCP). Odniesienie do dyrektywy CER w nagłówku zostało zaktualizowane i dodano część II dla pacjentów i laików.	<input checked="" type="checkbox"/> Tak Język walidacji: <input type="checkbox"/> Nie
6	2024.10.22	Rozszerzenie korzyści „szybsze gojenie ran” o CW, z odniesieniem bibliograficznym do publikacji Liden i in. (2024), na podstawie opinii/oceny DEKRA	<input checked="" type="checkbox"/> Tak Język walidacji: <input type="checkbox"/> Nie
7	2025.02.28	<b>Istotna zmiana:</b> Aktualizacja po corocznych działaniach w ramach obserwacji klinicznych po wprowadzeniu do obrotu (PMCF): Dodatkowe oświadczenia dotyczące produktu dla równoważnego wyrobu Suprathel® („Mniejsza potrzeba przeprowadzenia chirurgicznych zabiegów rekonstrukcyjnych” oraz „Skrócony czas pobytu w szpitalu”)	<input checked="" type="checkbox"/> Tak Język walidacji: <input type="checkbox"/> Nie



Summary of Safety and Clinical Performance (SSCP)

8	2026.03.18	<b>Istotna zmiana:</b> Aktualizacja po corocznych działaniach w ramach obserwacji klinicznych po wprowadzeniu do obrotu (PMCF): Dodatkowe oświadczenia dotyczące produktu dla równoważnego wyrobu Suprathel® „Ograniczenie konieczności stosowania znieczulenia podczas zmian opatrunków”	<input checked="" type="checkbox"/> Tak Język walidacji:  <input type="checkbox"/> Nie
---	------------	---	---



## **Podsumowanie badań bezpieczeństwa i skuteczności klinicznej (Summary of Safety and Clinical Performance - SSCP)**

### **Część II: dla pacjentów i laików**

Niniejsze Podsumowanie bezpieczeństwa i działania klinicznego (SSCP) ma na celu zapewnienie publicznego dostępu do zaktualizowanego podsumowania głównych aspektów dotyczących bezpieczeństwa i działania klinicznego wyrobu medycznego SupraSDRM<sup>®</sup>. Informacje przedstawione poniżej są przeznaczone dla pacjentów i laików.

Podsumowanie bezpieczeństwa i działania klinicznego (SSCP) nie ma na celu przekazywania ogólnych porad na temat leczenia danego stanu chorobowego. W przypadku pytań dotyczących swojego stanu chorobowego lub korzystania z wyrobu medycznego w swojej sytuacji należy skontaktować się z pracownikiem służby zdrowia. Niniejsze Podsumowanie bezpieczeństwa i działania klinicznego (SSCP) nie zastępuje Karty implantu ani Instrukcji użycia jako źródła informacji na temat bezpiecznego korzystania z wyrobu medycznego.

### **1. Identyfikacja urządzenia i informacje ogólne**

1.1 Nazwy handlowe wyrobu	<b>SupraSDRM<sup>®</sup>, SupraSDRM<sup>®</sup> 1100</b>
1.2 Nazwa i adres producenta	PolyMedics Innovations GmbH (PMI) Am Hegelesberg 1 73230 Kirchheim unter Teck, Niemcy
1.3 Niepowtarzalny kod identyfikacyjny UDI	426018402AAA0000001PQ
1.4 Rok wydania pierwszego certyfikatu (CE) dla wyrobu	2019

## 2. Zamierzone zastosowanie urządzenia

### 2.1. Zamierzony cel

- ❖ SupraSDRM® to wchłaniałna piankowa membrana i alloplastyczny substytut skóry do leczenia ran naskórkowych i skórnych.

### 2.2. Wskazania

- ❖ Produkt SupraSDRM® stosuje się u pacjentów z ranami naskórka i skóry właściwej, takimi jak otarcia, miejsca po pobraniu przeszczepu skóry, oparzenia II stopnia, jak również mieszane oparzenia II i III stopnia.
- ❖ Produkt SupraSDRM® stosuje się u pacjentów z ranami przewlekłymi (z wyjątkiem przewlekłych suchych ran), takimi jak owrzodzenia żyłne i tętnicze, a także z ranami cukrzycowymi.
- ❖ Z wyjątkiem pacjentów z alergią na składniki wyrobu, nie ma żadnych innych kryteriów wyboru pacjentów, takich jak wiek czy płeć.

### 2.3. Przeciwwskazania

- ❖ Produktu SupraSDRM® nie należy stosować na zakażonych okolicach ran lub na silnie krwawiących ranach bez dodatkowego leczenia hemostatycznego.
- ❖ Produktu SupraSDRM® nie należy stosować na przewlekłych suchych ranach.

## 3. Opis urządzenia

### 3.1. Opis urządzenia

Charakterystyka SupraSDRM®:

- substytut skóry do jednorazowego użytku
- wysoka przepuszczalność dla tlenu i pary wodnej
- składa się z trzech syntetycznych i ulegających rozkładowi składników: laktydu, węgla trymetylenu i kaprolaktanu
- nie zawiera substancji leczniczych, pochodnych tkanek lub krwi
- możliwość aplikacji na ranę z obu stron urządzenia
- umożliwia wizualną ocenę procesu gojenia dzięki swojej przezroczystości po kontakcie z raną

Rozmiary i kształt SupraSDRM®:

- Dostępne w dwóch wariantach o różnych grubościach: 1,5-2,1 mm oraz 0,8-1,4 mm.
- okręgi i prostokąty
- Wyrób SupraSDRM® może być ręcznie przycinany przez użytkownika do innych kształtów i rozmiarów w zależności od potrzeb w celu optymalnego pokrycia dotkniętych obszarów.

### 3.2. Opis sposobu, w jaki wyrób uzyskuje docelowy tryb działania

Supra SDRM® to produkt równoważny do wyrobu Suprathel®, ale jest grubszy i ma większe pory. Jest to syntetyczny substytut skóry, który ma imitować skórę ludzką, wykazując podobną elastyczność, przepuszczalność dla pary wodnej i nieprzepuszczalność dla bakterii. Ponieważ jest materiałem całkowicie syntetycznym, pozwala uniknąć zagrożeń związanych z produktami pochodzenia ludzkiego lub zwierzęcego.

## Summary of Safety and Clinical Performance (SSCP)

Produkty rozpadu wyrobu Supra SDRM® mogą ułatwiać proces gojenia poprzez wspieranie angiogenezy i odbudowywanie skóry właściwej, podobnie jak w przypadku wyrobu Suprathel®.

Supra SDRM® to cienka, elastyczna membrana, która sama przylega do rany, zazwyczaj bez konieczności stosowania szwów. W przypadku ran urazowych jest stosowana jednokrotnie na oczyszczoną i zdezynfekowaną ranę i pozostaje na miejscu do momentu zakończenia procesu gojenia. W przypadku ran przewlekłych wyrób jest również stosowany na oczyszczoną i zdezynfekowaną ranę, ale jest okresowo wymieniany w zależności od stanu rany. Membrana staje się przezroczysta, umożliwiając łatwe monitorowanie procesu gojenia, w tym również krawędzi ran. Jej przepuszczalność pozwala na dokonywanie oceny wydzieliny i zapachu z rany. Wyrób Supra SDRM® można łatwo usunąć z zagojonej skóry bez powodowania bólu, co wskazuje na pomyślne zakończenie procesu zrastania się rany.

### 3.3. Opis wszelkich akcesoriów, które mają być używane w połączeniu z wyrobem

Nie dotyczy

## 4. Zagrożenia i ostrzeżenia

Jeśli uważasz, że występują u Ciebie skutki uboczne związane z wyrobem lub jego stosowaniem, lub jeśli masz wątpliwości dotyczące zagrożeń wynikających z używania wyrobu, skontaktuj się z pracownikiem służby zdrowia. Niniejszy dokument nie zastępuje konsultacji z pracownikiem służby zdrowia, jeśli taka jest potrzebna.

### 4.1. Jakie było postępowanie z potencjalnymi zagrożeniami

Wszelkie znane zagrożenia zostały ocenione i złagodzone w ramach przeprowadzonych analiz ryzyka. Wszystkie przeprowadzone analizy ryzyka wykazały akceptowalny ogólny bilans korzyści/ryzyka.

### 4.2. Pozostałe zagrożenia i działania niepożądane

Trzy zagrożenia określone jako „nieakceptowalne” zostały przeanalizowane i zaakceptowane z uwagi na to, że korzyści znacznie przewyższają ryzyko. Wszystkie trzy zagrożenia są powiązane z potencjalnie poważnymi zakażeniami, jak omówiono w Podsumowaniu bezpieczeństwa i działania klinicznego (SSCP) w sekcji dotyczącej przeciwwskazań, ostrzeżeń i środków ostrożności. Jednak prawdopodobieństwo ich wystąpienia jest powiązane z problemami ze sterylnością, które z definicji mogą wystąpić z pewnym prawdopodobieństwem, bądź z niebezpieczną sytuacją, która na przestrzeni ponad 20 lat historii całej rodziny produktów jeszcze nigdy nie wystąpiła.

Akceptowalne ryzyka szczątkowe są przedstawione dla użytkowników w Instrukcji użycia. Ostrzeżenia i środki ostrożności wynikające z zaakceptowanych zagrożeń szczątkowych zostały wymienione poniżej.

### 4.3. Ostrzeżenia i środki ostrożności

- ❖ Nie wolno stosować produktu w miejscu, gdzie nie można zapewnić sterylności, ponieważ może to doprowadzić do poważnych zakażeń.
- ❖ Zawartość jest sterylna, pod warunkiem, że nie uszkodzono sterylnego opakowania
- ❖ Nie można zapewnić sterylności produktu, którego opakowanie zostało uszkodzone. Nieużyta zawartość otwartego lub uszkodzonego opakowania sterylnego należy wyrzucić
- ❖ Nie wolno używać ponownie ani poddawać dekontaminacji. Jeśli produkt zostanie mimo tego użyty ponownie, może to doprowadzić do pogorszenia jego działania (zmniejszonej przepuszczalności, elastyczności, możliwości przylegania oraz sterylności). Takie zmiany właściwości materiału mogą z

## Summary of Safety and Clinical Performance (SSCP)

kolei skutkować gorszymi efektami leczenia, np. spowodować nieodpowiednie gojenie się rany czy wystąpienie zakażeń

- ❖ W przypadku znanych alergii na składniki wyrobu SupraSDRM® nie należy stosować membrany. Wyrób SupraSDRM® należy niezwłocznie usunąć, jeśli wystąpią jakiegokolwiek oznaki reakcji alergicznej na materiał.
- ❖ Wyrób SupraSDRM® należy niezwłocznie usunąć, jeśli wystąpią jakiegokolwiek oznaki reakcji alergicznej na materiał. Wyrób SupraSDRM® należy usunąć w przypadku wystąpienia silnego bólu lub nagromadzenia się wydzielin z rany
- ❖ Należy unikać stosowania wyrobu na nienaruszoną skórę, ponieważ może to doprowadzić do maceracji skóry

4.4. Inne stosowne aspekty bezpieczeństwa, w tym podsumowanie wszelkich zewnętrznych działań korygujących dotyczących bezpieczeństwa (FSCA, w tym pilnych notatek bezpieczeństwa (FSN)), jeśli dotyczy

*Nie dotyczy*

## 5. Podsumowanie oceny klinicznej i obserwacji klinicznych po wprowadzeniu do obrotu (PMCF)

### 5.1. Tło kliniczne wyrobu

Wyrób Suprathel® jest produktem równoważnym do wyrobu Suprathel®. Ma na celu imitować prawdziwą skórę, zapewniając barierę ochronną i tworząc optymalne środowisko do gojenia. Pomaga w redukcji bólu i ogranicza ryzyko zakażenia.

Badanie przeprowadzone w celu zatwierdzenia do stosowania w przypadku oparzeń i miejsc pobrania przeszczepu wykazało, że wyrób tworzy optymalne środowisko gojenia i znacznie zmniejsza ból. W następstwie dwóch kolejnych badań rozszerzono wskazania o rany przewlekłe i małe obszary oparzeń trzeciego stopnia, w wyniku potwierdzenia korzyści stosowania wyrobu w tych przypadkach. Od momentu zatwierdzenia wyrobu opublikowano 64 dodatkowych badań, w których podkreślono następujące zalety: łatwa jednorazowa aplikacja i ocena, znaczna ulga w bólu, niższe koszty leczenia, szybszy proces gojenia, doskonałe rezultaty kosmetyczne, zmniejszona reakcja zapalna, niższy współczynnik przeszczepów, mniejsza potrzeba przeprowadzenia chirurgicznych zabiegów rekonstrukcyjnych, skrócony czas pobytu w szpitalu i mniejsza potrzeba zmian opatrunku w znieczuleniu pooperacyjnym.

Jak dotąd dwa opublikowane badania dotyczące samego wyrobu Supra SDRM® wykazały szybsze gojenie się ran przewlekłych (CW). Dodatkowe publikacje, obejmujące analizę ekonomiczną opartą na dostępnych danych oraz nieporównawczej serii przypadków, wykazują zgodność z przedstawionymi wynikami.

### 5.2. Podsumowanie danych klinicznych z przeprowadzonych badań dotyczących równoważnego wyrobu Suprathel® przez nadaniem oznaczenia CE,

**Oparzenia i miejsca pobierania przeszczepu: Podsumowanie badania przeprowadzone w celu zatwierdzenia do użytku**

Badanie przeprowadzone w celu zatwierdzenia wyrobu Suprathel do użytku obejmowało 46 pacjentów z oparzeniami drugiego stopnia oraz miejscami pobrania przeszczepów pośredniej grubości skóry w dwóch szpitalach w Niemczech. Celem badania było porównanie poziomów bólu między wyrobem Suprathel a tradycyjnymi opatrunkami. Wyniki wykazały, że wyrób Suprathel znacznie zmniejszał ból w porównaniu z opatrunkiem z gazy parafinowej i wyrobu Omiderm. W badaniu monitorowano również czas gojenia się rany

## Summary of Safety and Clinical Performance (SSCP)

oraz występowanie miejscowych powikłań, takich jak zakażenia i alergie, ale nie zaobserwowano żadnych istotnych różnic. Ponadto, badanie wskazywało na łatwość używania wyrobu Suprathel, dzięki czemu jest to wygodna opcja zarówno dla pacjentów, jak i dla pracowników służby zdrowia.

### Rany przewlekłe

Najwcześniejsze studia przypadku:

W 2008 roku dr Uhlig leczył ośmiu pacjentów z przewlekłymi owrzodzeniami z użyciem wyrobu Suprathel. Pacjenci, których średni wiek wynosił 76 lat, mieli owrzodzenia od około 14 miesięcy. Leczenie trwało około 222 dni, a wszystkie owrzodzenia zostały całkowicie wyleczone. Zauważono też natychmiastowe zmniejszenie bólu.

Badanie kliniczne:

W 2010 roku przeprowadzono badanie kliniczne na sześciu oddziałach w czterech szpitalach. W badaniu wzięło udział 22 pacjentów z owrzodzeniami nóg. Celem badania było zmierzenie wpływu wyrobu Suprathel na rozmiar rany, ból, stan zapalny oraz powstawanie wydzieliny na przestrzeni 24 tygodni. Pacjenci, głównie kobiety, których średnia wieku wynosiła 73 lata, mieli owrzodzenia przez około 12 miesięcy. Pod koniec badania 73% owrzodzeń zostało całkowicie wyleczonych, rozmiar ran uległ znacznemu zmniejszeniu, ból był mniej odczuwalny, a stan zapalny został zminimalizowany. Badanie wykazało skuteczność wyrobu Suprathel we wspieraniu gojenia i ograniczaniu dyskomfortu u pacjentów z ranami przewlekłymi.

### Małe obszary trzeciego stopnia

Zatwierdzenie uzyskano w oparciu o sześć studiów przypadku ze szpitala Marienhospital Stuttgart od dr. Uhliga. Wskazuje to, że spontaniczne gojenie jest możliwe bez konieczności przeprowadzania przeszczepu. Ponadto, jeśli potrzebne będą ponowne przeszczepy, można tego dokonać bardziej precyzyjnie z użyciem mniejszej ilości skóry. To podejście wiąże się również z lepszymi rezultatami kosmetycznymi, ponieważ pozwala uniknąć nadmiernego przeszczepiania.

### 5.3 Bezpieczeństwo kliniczne

Jeśli chodzi o bezpieczeństwo wyrobu, żadne badania nie wykazały jakichkolwiek dodatkowych zagrożeń, takich jak zwiększone stany zapalne czy reakcje alergiczne. Nie wystąpiły żadne działania niepożądane ani skutki uboczne. Ponadto, nigdy nie zgłoszono żadnych skarg klientów w odniesieniu do bezpieczeństwa pacjentów czy jakości produktu.

## 6. Możliwe alternatywy diagnostyczne lub terapeutyczne

Przy rozważaniu alternatywnych metod leczenia zaleca się skontaktowanie się z pracownikiem służby zdrowia, który będzie mógł wziąć pod uwagę indywidualną sytuację pacjenta

Możliwe alternatywne sposoby leczenia w wyżej wymienionych wskazaniach:

- kremy z sulfadiazynami srebra
- tradycyjne opatrunki na rany (takie jak opatrunki z gazy)
- opatrunki hydrokoloidowe, alginianowe, hydrożelowe - folie i pianki poliuretanowe,
- opatrunki z nylonu pokrytego silikonem,
- opatrunki na rany o właściwościach antybakteryjnych



## 7. Sugerowanie szkolenie dla użytkowników

Stosowanie tego wyrobu medycznego jest ograniczone wyłącznie do pracowników służby zdrowia. Informacje na temat stosowania i procedur dalszej opieki znajdują się w Instrukcji użycia dołączonej do wyrobu medycznego. Do prawidłowego stosowania wyrobu SupraSDRM® nie są wymagane żadne dodatkowe szkolenia.

Sugerowany profil pacjenta obejmuje pacjentów w ramach wyżej wymienionych wskazań. Oprócz pacjentów wykazujących objawy wymienione w przeciwwskazaniach czy mających znane alergie na składniki wyrobu, nie ma żadnych ograniczeń co do korzystania z wyrobu SupraSDRM® ani żadnych innych kryteriów doboru pacjentów.