

*Állami Egészségügyi Központ
Sebészeti Osztály,*

Hogyan befolyásolható a hasi compartment szindróma kialakulása?

**Dr. Záborszky Zoltán orvosőrnagy,
Dr. Bakity Boldizsár orvosalezredes,
Dr. Fekete László orvosőrnagy,
Dr. habil. Orgován György orvosezredes., Ph.D.**

Kulcsszavak: letális triász, Damage Control Surgery, intraabdominalis hipertenzió, (IAH) abdominalis compartment szindróma (ACS), ideiglenes hasfali zárás

A hasi sérülés gyakorisága tömeges sebészi ellátást igénylők mintegy 20-25 %-ban következik be. A dolgozat kiemelten azokat a súlyos hasi sérültek csoportját vizsgálja, ahol a halálozás magas, elemzi a patológiai történéseket és keresi a jobb gyógyulási eredmény lehetőségeit. Bemutatja az elmúlt évtizedekben önálló kórképként tekintett 50-80 % mortalitással járó hasüregi túlnyomást, a compartment hasi szindrómát. A túlélés javítása érdekében az optimális ellátási elvektől eltérő kompromisszumos megoldás a sebészi kezelést szakaszolja. Ez az módszer a Damage Control Surgery (Sérülést felügyelő sebészet). A dolgozat ismerteti a DCS szellemében a halasztott hasfali zárás lehetőségeit, amellyel megelőzhető az intraabdominális hipertenzió és csökkenthető a halálozás aránya.

A rendkívüli helyzetben, tömeges sebészeti ellátást igénylők mintegy 20-25 %-ban hasi sérülés következik be, közülük több mint felénél politraumatizáció részeként. Ez utóbbi sérültcsoport halálozása rendkívüli magas, hazánkban 65-70 %, főleg közlekedési baleset kapcsán. A rossz gyógyulási eredmény oka összetett [23].

Politraumatizáltak között a hasi sérülés gyakorisága irodalmi adatok alapján 20 % körüli és ebben a kritikus állapotú sérültcsoportban találjuk a leggyakoribb, magas halálozással járó szövödményt, a hasi compartment szindrómát (abdominal compartment syndrome) [19].

A compartment- szindróma olyan heveny állapot, ahol a zárt anatómiai térben kialakult valamilyen patológiai folyamat magas szövetközi nyomást eredményez, amely csökkenti a kapilláris keringést, ezzel károsodik a szövetek funkciója [26].

Hasi compartement szindróma alatt az emelkedett hasüregi nyomás okozta patofiziológiai következményeit értjük. A hasi compartment-szindróma súlyos kritikus állapotú hasi sérülteknél alakul ki. A kórkép mortalitása 50-80%-os, de időben történt kezelés esetén is közel minden második beteg elveszítünk. A rendkívüli események kapcsán végzett heves hasi sérültek

szövődmény aránya még magasabb.

A kórképre először politraumatizált sérülteknél figyeltek fel, főleg intraabdominális vagy retroperitonealis vérzés, tompa hasi trauma után. Traumás eseteken kívül különböző egyéb megbetegedéseknél is találkozunk hasüregi nyomásfokozódással, mint például az abdominális aorta aneurizma ruptura, az akut nekrotizáló pancreatitis, mechanikus és paralitikus ileus, mesenterialis thrombosis, májcirrhosis és ascites felszaporodás, retroperitonealis és abdominális tumorok [3].

A hasi nyomásfokozódás már a XIX század második felében ismert volt. 1863-ban *Marey* közölte tapasztalatait az emelkedett hasüregi nyomás hatásairól. 1875-ben *Oderbrecht* mért hasüregi nyomást hólyag katéteren keresztül. *Henricius* állatkísérletben leírja 1890-ben, hogy 25-45 víz cm-es hasüregi nyomás halálos lehet. *Haven Emerson* publikációja 1911-ben jelent meg intraabdominális nyomás címmel. Ebben bebizonyította, hogy az intraabdominális hipertenszió (IAH) növeli a perifériás ellenállást, valamint, hogy 45 víz cm-es hasüregi nyomás szívelégtelenséghez vezet. *Ogilvie* és *Gross* 1948-ban leírja, hogy kerülni kell a hasüreg feszülés alatti zárását. Először írják le a programozott, több lépésben történő hasfalzárást. Javasolják a vazelinrel átitatott szövet segítségével történő hasfalzárást. Ennek ellenére a hasüregi nyomásfokozódást és a szervezeten belül bekövetkező változásokat csak a XX. század végén sikerült tisztázni. *Harman* és munkacsoportja 1982-ben kimutatja az emelkedett hasüregi nyomás vesefunkciót károsító hatását. A húgyhólyag nyomásának katéteren keresztül technikájával többen foglalkoztak, mint *Iberti*, *Sugrue*, *Balogh* [1].

A hasi compartment tünet-együttes első

leírója az 1984-ben *Kron* volt. 1989-ben *Fiestam* alkalmazta először az abdominal compartment szindróma elnevezést. 1997-ben *Moor* igazolta, hogy 40 Hgmm-nél magasabb hasüregi nyomás maradó szervkárosodást okoz. *Medrium* még ugyanebben az évben beosztotta a hasüregi nyomásfokozódást négy súlyossági fokra. Ausztráliában rendezték meg 2004 decemberében az első ACS világkonferenciát, és megalakult a WSACS (World Society on Abdominal Compartment Syndrome) társaság.

A hirtelen megemelkedett hasüregi nyomás miatt láncreakció kezdődik. A splancnicus és a májkeringés szabályozása autoregulációval működik. Az autoreguláció alapja a renin, angiotenzin egyensúly, amelyben részt vesz a vasopressin is. Ez a komplex szabályozási rendszer csak néhány órán keresztül képes kompenzálni a megemelkedett 15 Hgmm-nél magasabb hasüregi nyomást. Mediátorok, főleg a katekolamin szint megemelkedik. A citokinek felszabadulása során a kapilláris permeabilitás fokozódik. Anaerob anyagcsere folyamat zajlik, acidózis alakul ki. A harmadik tér folyadéktartalmának fokozódása miatt a légyrészekben ödéma jön létre. A bélfal megduzzad, volumene megnagyobbodik, mucosa barrier károsodása miatt a bélfal átteresztővé válik. A mucosa ischiemiája miatt a kórokozók a sejtfalból felszaporodó endotoxinok és a bélfal által termelt exotoxinok miatt a szervezet védekező mechanizmusa zavart szenved, paralitikus ileus, bakteriális kontamináció és peritonitis alakul ki. A felszaporodó mediatorok láncreakciója következtében a folyamat bizonyos fokon túl irreverzibilisé válik, amely a beteg halálához vezet. A hasüregi nyomásemelkedés közvetlenül hat a vena cava inferiorra és a vena portaera, amely miatt csökken a vénás visszafolyás,

a „preload”. Az intrathoracalis túlnyomás miatt pedig az utóterhelés „afterload” fokozódik, ami a bal szívfél terheléshez, kompenzatorikus tachicardiához, majd később funkciózavarhoz vezet [2, 20].

A veseműködés reagál legérzékenyebben a hasüregi túlnyomásra. A kórkép kezdetén úgyszólván valamennyi esetben kimutatható. Már 15 Hgmm-es hasüregi nyomás esetén a vena renalis kompressziója miatt a vese glomerulusokban pangás keletkezik, amely miatt romlik a glomeruláris filtráció, a vese glomerulusok károsodnak, növekszik a nátrium és víz retenció [22].

A megemelkedett hasüregi nyomás miatt a magasabb rekeszállás légzési károsodást is okoz. A tüdőben a bázison atelectasia alakul ki. Korai stádiumban emelkedik a kilégzési végnyomás, hypoxaemiát, hyperkapniát eredményez, amely miatt csökken a reziduális volumen. A tüdő compliance 25-50 %-al csökken, károsodik a gázcseré, növekszik a tüdő kapillaris nyomása, amely fokozza a jobb kamra terhelését. A hypoxia és az respiratorikus acidózis a kórkép súlyosbodásához vezet.

A központi idegrendszerben másodlagosan növekszik az intracranialis nyomás, csökken a cerebrális perfúziót ami zavartsághoz vezethet.

Kritikus állapotú sérülteknél, amennyiben a beteg maghőmérséklete 35 C alatti, az acidosis mértéke magasabb mint 7,2 pH, és a partialis thrombin idő nagyobb mint 19 sec, letális triászról beszélünk. Ezen sérültek letalitása a primér egyidejű végleges ellátás esetén 90%.-os. Damage Control Surgery (fordításban sérülést felügyelő sebészet) szellemében *Johnson, Aoki, Garrison, Morris, Burch, Cue* az ellátás szakaszolását javasolták, amely a túlélést jelentősen meg-

javította [11, 14].

A túlélés javítása érdekében az optimális ellátási elvektől kompromisszumot teszünk és az ellátást szakaszoljuk. A végleges ellátást halasztjuk. Először csak az életmentő műtéteket végezzük el, majd intenzív kezelést alkalmazunk, amely során a hypotermiát, coagulopathiát és acidózist valamint a szervezet energiaszintjét rendezzük. Ezután következik a helyreállító műtéti fázis [6].

Első ellátás során a vérzéscsillapítás, a hasüri sérülések megítélése, intraabdominális diagnosztika és ellátása szerepel. A hasüregi műtétek után a hasfal végleges zárását a hasüregi szervek mikrocirkuláció zavarának megelőzése miatt nem végezzük el, hanem ideiglenes hasfali zárást alkalmazunk. A hasüregi ideiglenes zárásával megelőzhető az intraabdominális hipertenzió és az abdominális compartment szindróma kialakulása [8, 18].

Amennyiben elsődlegesen hasüregi műtetre nem kényszerülünk akkor is gondolunk a hasüregi compartment kialakulásának lehetőségére. A kórkép kialakulására a jellemző klinikai tünetek alapján felismerhető, mint a feszes néma has, bélhangok hiánya, a vese funkció zavara, később az oliguria anuria, a fokozódó nehézlégzés, a zavart tudat az emelkedett intracranialis nyomás, hipotonia, hipovolaemia.

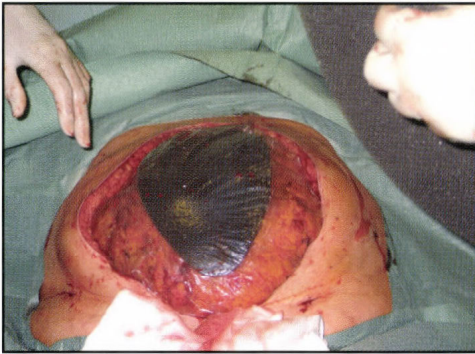
Meghatározó diagnosztikus támpontot ad a hasüregi nyomás mérése és az értékek folyamatos ellenőrzése. Laboratóriumi vizsgálatok közül leukocytosis, anaemia, emelkedett vese és romló májfunctió és a vérgáz érték emelhető ki. Röntgen vizsgálattal a bél níví megjelenése, disztenzió, a szabad hasüregi folyadék mutatható ki. Hasüregi nyomásméréssel a kórkép megbízhatóan diagnosztizálható. Az egészsé-



1. ábra: Temporal abdominal closure
Visceral pack módszerével történő
hasüregi zárás



2. ábra: Temporal abdominal closure
Visceral pack módszerével történő
hasüregi zárás



3. ábra: Temporal abdominal closure
Vákuum pack módszerével történő hasüregi
zárás



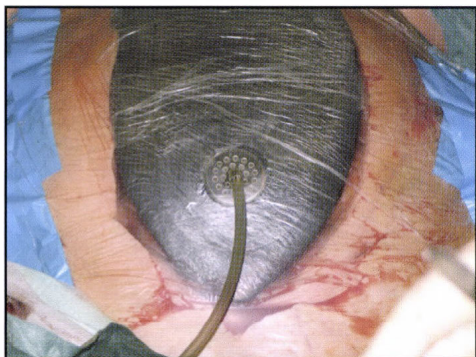
4. ábra: Temporal abdominal closure
Vákuum pack módszerével történő
hasüregi zárás

ges ember hasüregi nyomása 0-5 Hgmm. *Medrium* módosított beosztása szerint a súlyossági skála fokozatai a következők: I stádium 12-15 Hgmm, II. stádium 16-20 Hgmm, III stádium 21-25 Hgmm, IV stádium 25 Hgmm-nél nagyobb.

A compartment hasi szindróma megelőzésének módjai a következők. A DCS keretein belül végzett primér hasüregi műtét esetén a hasüreg ideiglenes zárása szükséges. Amennyiben hasüregi műtét nem történik, akkor is szükséges az ACS és a hasüregi hipertenzió megelőzése. Nélkülözhetetlen a hasüregi nyomásmérés, a vese funkció ellenőrzése, a szív és a tüdő állapotának a

regisztrálása. Konzervatív kezelést alkalmazunk általában 15-20 Hgmm-es hasüregi nyomás-értékig. Megfelelő folyadékpótlás, mikrocirkuláció javítása, a légzés és keringés, diurézis támogatása a kezdődő többszervi funkciózavart megelőzi [10].

A hasüregi nyomásmérésnek több módja van. Lehetséges a hasüregbe mérőműszert vezetni, ez az úgynevezett direkt módszer. Általában indirekt nyomásmérést alkalmazunk. Mindennapi gyakorlatban megbízható egyszerű eljárásként a húgyhólyagnyomás mérése, osztályunkon a *Balogh* által 2004-ben kifejlesztett eljárást használjuk [1].



5. ábra: *Temporal abdominal closure*
Vákuum pack módszerével történő
hasüregi zárás



6. ábra: *Temporal abdominal closure*
Vákuum pack módszerével történő
hasüregi zárás

Amennyiben a hasüregi nyomás nem csökkenthető, a többszervi funkciózavar nem rendezhető konzervatív kezeléssel, akkor halaszthatatlan a dekompresziós laparotomia elvégzése, ellenkező esetben órák alatt többszervi károsodás, illetve elégtelenség alakul ki. Dekompresziós laparotomia indikációját jelenti a konzervatív kezelésre nem javuló 20 Hgmm-t meghaladó hasüregi nyomás.

Az ideiglenes hasfali zárás (temporal abdominal closure) módszerét DCS kerekein belül elsődleges hasüregi műtét esetén, illetve abdominál compartment szindróma kialakulásakor célszerű alkalmazni. A nyitott hasüregi kezelés elvi lényege abban áll, hogy a hasüregi térfogat növelésével, a hasüregben a nyomás csökken, ezáltal a splanchnicus területi mikrocirkulációja és a vénás keringése is javul [4, 9, 25].

Az ideiglenes hasüregi zárás módszerével szemben számos követelményt támasztunk. A megoldás legyen egyszerű, könnyen kivitelezhető, képezzen megfelelő barriert a hasüreg és a külvilág között, tartsa szárazon a beteg bőrét, tartsa meg a sterilitást, óvja a beleket és a hasüregi szerveket, akadályozza meg a folyadékvesztést, előzze meg a hasüregi compartment szindrómát, tegye lehetővé

a későbbi hasfalzárást. Az úgynevezett ideiglenes hasfali zárásra több megoldást írtak le [5, 21]. A legegyszerűbb hasfalzárás csak a bőr varrata. A bőrt egyesíthetjük varratokkal, vagy klippekkel, mint pl. *Towel*-klippel. Az eljárás hasonló a végtagokon végezhető szubkután fasciotomiához. Ebben az esetben a hasüregi térfogat csak minimálisan nő, ezért a módszert csak választott esetben alkalmazható. További módszer, hogy a hasüregét steril zsákkal nagyobbítjuk meg. A hasfalat nem varrjuk össze, hanem steril zsákot varrunk a hasfalak közé, mint a *Bogota* bag, vagy az X-ray cassette bag. Ezt a módszert lehet a tervezett laparotomiák megkönnyítése miatt zipzárral kombinálni. A zsák helyett lehetséges hálót varrni a hasfalak közé (24). Egyszerű megoldás a visceral pack módszere. A beleket nylon fóliába becsomagoljuk, majd a hasüreget a típusos helyeken drenáljuk és a hasfalak közötti hézagot hasi törülközzel töltjük ki. A hasfalat steril fóliával ragasztjuk le. (1. és 2. ábra). Elegánsabb és szellemesebb megoldás a vákuum asszisztált sebzárás. Ebben az esetben a belek becsomagolása után a hasfalak közötti teret szivaccsal töltjük ki és a hasfalat fóliával leragasszuk. A szivaccsra vákuumot teszünk, egy zárt rendszeren keresztül elvezetjük, ezáltal a hasüregben

keletkezett folyadék egy helyen összegyűjt-
hető, valamint a leszívott anyag minősé-
ge elemezhető. (3., 4., 5. ábra) Egyszerű és
könnyen elvégezhető a vákuum asszisztált
hasüregi zárás, ezzel a módszerrel a bete-
gek szállítása is biztonságosan elvégezhető
[7, 12, 13]

Összegezve: a hasi compartment- szindró-
ma multietiológiájú ritka kórkép. Súlyos
sérülteknél a DCS keretein belül a pri-
mer hasüregi műtét végzése során a hasfal
ideiglenes zárása végzendő. Amennyiben
hasüregi műtét nem szükséges a hasüregi
nyomásméréssel a fenyegető kórkép bizton-
ságosan felismerhető. Konzervatív kezelés-
re nem javuló, fokozatosan emelkedő 20
Hgmm-nél nagyobb hasüregi nyomás ese-
tén a dekompresziós laparotomia elvégzé-
se szükséges. Az ideiglenes hasfalzárásra
a visceral pack, vagy a vákuum asszisztált
zárási módszereket ajánljuk.

IRODALOM

- [1] Balogh Zs., Jones, F., D'Amours, S., Parr, M., Sugrue, M.: Continuous intra-abdominal pressure measurement technique. *Am. J. Surg.*, 2004, 188: 679-684.
- [2] Balogh Zs., McKinley, B.A., Cox, C.S. et al: Abdominal compartment syndrome. The cause or effect of multiple organ failure. *SHOCK*, 2003, 20: 483-492.
- [3] Bodnár Zs., Bulyovszky I., Tóth D., Kalthy, S., Hajdu Z.: Abdominális kompartment szindróma (ACS) az általános sebészetben. *Magyar Sebészet*, 2006, 59: 152-159.
- [4] Cothren, C.C., Moore, E.E., Johnson, J.L., Moore, J.B., Burch, J.M. : One hundred percent fascial approximation with sequential abdominal closure of the open abdomen. *Am. J. Surg.*, 2006, 192(2): 238-42, PMID: 16860637 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- [5] Fantus, R.J., Mellett, M.M., Kirby, J.P.: Use of controlled fascial tension and an adhesion preventing barrier to achieve delayed primary fascial closure in patients managed with an open abdomen. *Am. J. Surg.*, 2006, 192(2): 243-7.
- [6] Hildebrand, F., Giannoudis, P., C. Krettek, H. C. Pape: Damage control: extremities. *Germany Injury, Int. J. Care Injured*, 2004, 35: 678-689.
- [7] Gaarder, C., Naess, P.A., Schwab, C.W., Bjornbeth, B.A., Buanes, T., Pillgram-Larsen, J.: Vacuum pack technique – a good method for temporal abdominal closure: *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2004, 4124(21): 2760-2. PMID: 15534669 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- [8] Hadeed, J.G., Staman, G.W., Sariol, H.S., Kumar, S., Ross, S.E.: Delayed primary closure in damage control laparotomy: the value of the Wittmann patch. Department of Surgery, Cooper University Hospital, University of Medicine and Dentistry of New Jersey, Robert Wood Johnson Medical School, Camden, New Jersey, USA. 2007, 73(1): 10-2.
- [9] Karmali, S., Evans, D., Laupland, K.B., Findlay, C., Ball, C.G., Bergeron, E., Stewart, T.C., Parry, N., Khetarpal, Kirkpatrick, A.W.: To close or not to close, that is one of the questions? Perceptions of Trauma Association of Canada surgical members on the management of the open abdomen. *J Trauma*. 2006, 60(2): 287-93, PMID: 16508484 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- [10] Krivoruchko, I.A., Boiko, V.V., Seidametov, R.R., Andreeshev, S.A.: Re-laparotomy and damage control during surgical treatment of postoperative intra-abdominal purulent-septic complications *Klin. Khir.*, 2004, 1: 5-8 PMID: 15071987 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- [11] Kouraklis, G., Spirakos, S., Glinavou, A.: Damage control surgery: an alternative approach for the management of critically injured patients. *Surg. Today*. 2002, 32(3): 195-202. PMID: 11991502 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- [12] Letoublon, C., Cardin, N., Arvieux, C.: Laparotomy with vacuum pack technique *Ann. Chir.* 2005, 130(9): 587-9. PMID: 16209863 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- [13] Markley, M.A., Mantor, P.C., Letton, R.W., Tuggle, D.W.: Pediatric vacuum packing wound closure for damage-control laparotomy. *Pediatr. Surg.*, 2002, 37(3): 512-4, PMID: 11877678 [PubMed - indexed for MEDLINE].

- [14] Michael, J.A., Parr, Tareq, Alabdi: Damage control surgery and intensive care., Australia Injury, Int. J. Care Injured, 2004, 35: 713-722.
- [15] Miller, R.S., Morris, J.A. Jr, Diaz, J.J. Jr, Herring, M.B., May, A.K.: Complications after 344 damage-control open celiotomies. Trauma. 2005, 59(6): 1365-71; discussion 1371-4 PMID: 16394910 [PubMed-indexed for MEDLINE].
- [16] Miller, P.R., Meredith, J.W., Johnson, J.C., Chang, M.C.: Prospective evaluation of vacuum-assisted fascial closure after open abdomen: planned ventral hernia rate is substantially reduced. Department of Surgery, Wake Forest University School of Medicine, Medical Center Boulevard, Winston-Salem, NC 27157, USA. pmiller@wfubmc.edu. 2004, 239(5): 608-14; discussion 614-6.
- [17] Montalvo, J.A., Acosta, J.A., Rodriguez, P., Alejandro, K., Sarraga, A.: Surgical complications and causes of death in trauma patients that require temporary abdominal closure. Am Surg., 2005, 71(3): 219-24. PMID: 15869136 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- [18] M. Surgue, S. K. D' Amours, M. Joshipura: Damage control surgery and the abdomen Injury, Int. J. Care Injured, 2004, 35: 642-648.
- [19] Nicholas, J.M., Rix, E.P., Easley, K.A., Feliciano, D.V., Cava, R.A., Ingram, W.L., Parry, N.G., Rozycki, G.S., Salomone, J.P., Tremblay, L.N.: Changing patterns in the management of penetrating abdominal trauma: the more things change, the more they stay the same. J. Trauma., 2003, 55(6): 1095-108; discussion 1108-10 PMID: 14676657 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- [20] Schachtrupp, A., Lawong, G., Afify, M., Graf, J., Toens, C., Schumpelick, V.: Fluid resuscitation preserves cardiac output but cannot prevent organ damage in a porcine model during 24 h of intraabdominal hypertension. Germany PMID: 16044086 [PubMed-indexed for MEDLINE].
- [21] Stagnitti, F., Bresadola, L., Calderale, S.M., Coletti, M., Ribaldi, S., Salvi, P.F., Schillaci, F.: Abdominal „packing”: indications and method. Ann. Ital Chir. 2003, 74(5): 535-42. PMID: 15139709 [PubMed-indexed for MEDLINE].
- [22] Sugrue, M., Balogh Zs., Malbrain, M.: Intra-abdominal hypertension and renal failure. ANZ J. Surg., 2004, 74: 78.
- [23] Orgován Gy., Farkas J.: Katona- és Katasztrófaorvostan alapjai. MH EÜCSF, 1997.
- [24] Tobias, A.M., Low, D.W.: The use of a subfascial vicryl mesh buttress to aid in the closure of massive ventral hernias following damage-control laparotomy. Plast. Reconstr. Surg., 2003, 112(3): 766-76 PMID: 12960857 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- [25] Vogel, T.R., Diaz, J.J., Miller, R.S., May, A.K., Guillamondegui, O.D., Guy, J.S., Morris, J.A.: The open abdomen in trauma: do infectious complications affect primary abdominal closure?: Surg. Infect. (Larchmt). 2006, 7(5): 433-41.
- [26] Záborszky Z.: Hasi compartment szindróma Honvéderos 2005, 57(1-2): 41-47.

**Maj. Z. Záborszky M.D.M.C.,
Lt.Col. B. Bakity M.D.M.C.,
Maj. L. Fekete M.D.M.C.,
Col. habil. Gy. Orgován M.D.M.C.,
Ph.D.**

Prevention of abdominal compartment syndrome with damage control surgery

The frequency of abdominal injuries in patients requiring more than one operative treatment is 20-25%. Emphasizing the examination of those groups of patients with serious abdominal injuries where mortality is high, the paper analyses pathological events and searches for options leading to better results in recovery. Compartment syndrome is presented, which has been considered a separate clinical entity for decades in which increased pressure in the abdominal cavity can have a mortality of 50-80%. In the interests of increasing survival, a compromise may be made and, deviating from classical therapeutic

principles, the surgical treatment is divided up. This method is Damage Control Surgery (DCS). The paper reviews the possibility of delayed abdominal closure in the environment (spirit) of DCS, which may decrease the rate of mortality by preventing intra-abdominal hypertension.

Key-words: lethal trial, Damage, Control Surgery, intra-abdominal hypertension (IAH), abdominal compartment syndrome (ACS), temporal abdominal closure

*Dr. Záborszky Zoltán o.örgy.
1134 Budapest, Róbert Károly krt. 44.*