



**ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**

кафедра хірургії №2 (зав. – проф. Шейко В.Д.)

Поранення та ушкодження живота й тазу

Лекція для студентів 5 курсу медичного факультету

Проф. В.Д. Шейко

Полтава – 2023

Травма живота

Актуальність проблеми

- В структурі травми абдомінальна - 25-80%,
 - летальність – сягає 9-30%.
 - понад 50% смертей можливо попередити.
- Причина небезпечних тяжких ускладнень:
 - крововтрата і шок,
 - перитоніт і сепсис.
- Об'єктивні труднощі діагностики:
 - скудна клінічна симптоматика,
 - наявність екстраабдомінальних ушкоджень.



Первинний огляд: невідкладна діагностика

- **Мета:**
 - Виключити або виявити два загрозливих життю синдрому:
 - Внутрішньо черевну кровотечу і
 - Посттравматичний перитоніт.
- **Ключові завдання:**
 - Визначити необхідність невідкладної лапаротомії у структурі реанімаційних заходів -
 - усунення внутрішньо черевної кровотечі.
 - Оцінити необхідність екстреної лапаротомії –
 - усунення джерела перитоніту.

Поранення живота

- **Невогнепальні колото-різані.**
- **Вогнепальні (кульові, осколкові)**
 - Що не проникають,
 - Що проникають (з пошкодженням очеревини):
 - з пошкодженням органів животу,
 - без їх пошкодження.
- **Достовірні ознаки поранень, що проникають:**
 - евентерація (випадіння) чіпця або кишки через рану,
 - витікання жовчі або кишечного вмісту,
 - ознаки перитоніту,
 - ознаки внутрішньої кровотечі.



Хірургічна тактика

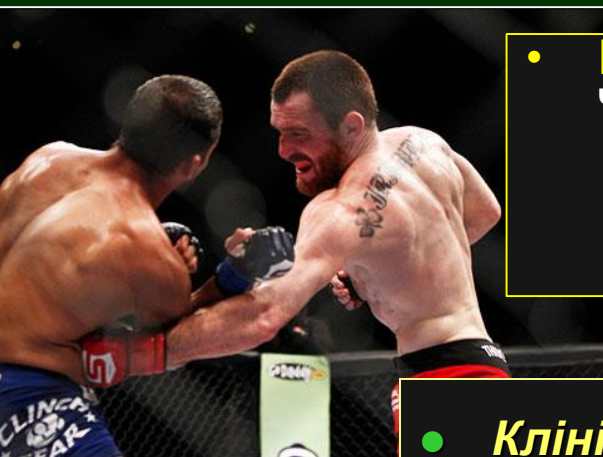
- **Абсолютні показання до лапаротомії:**

- Гемоперитонеум:
 - вільна рідина у черевній порожнині (порівняльна перкусія або УЗД),
 - артеріальна гіпотензія.
- Ознаки перитоніту;
 - кров або кишечний вміст при лапароцентезі / перитонеальному лаважі;
- Проникаюче поранення черевної порожнини:
 - евентерація органів,
 - підтікання кишечного вмісту або жовчі
- Ознаки пошкодження органів і структур животу (Rö, УЗД, КТ).

- **Тактичні групи (терміни і обсяг втручання):**

- *реанімаційна лапаротомія (негайно, обсяг – «**damage controle**»):*
 - внутрішньо черевна кровотеча, що триває;
- *екстрена лапаротомія (перші 1-2 г, обсяг – оптимальний):*
 - внутрішньо черевні пошкодження без ознак кровотечі,
 - після стабілізації вітальних функцій;
- *динамічне спостереження:*
 - контроль виділень по дренажу – лапароцентез/ лаваж,
 - УЗД (*КТ) – моніторинг.

Внутрішньочеревна кровотеча



- **Гемоперитонеум** – швидке накопичення до 70% ОЦК у черевній порожнині і позаочеревеному просторі :
 - Паренхіматозних органів – селезінки, печінки, нирки,
 - Судин – позаочеревеного простору, брижі, черевної стінки,
 - Переломах кісток тазу.

- **Клінічні прояви:**

- загальні ознаки кровотечі:
 - блідість шкіри, тахікардія і артеріальна гіпотензія.
- симптом вільної рідини у черевній порожнині:
 - притуплення при порівняльній перкусії флангів животу змінює межу при повороті зі спини на бік:
 - гемоперитонеум >1000 мл,

симптом Джойса (гематома позаочеревеного простору):

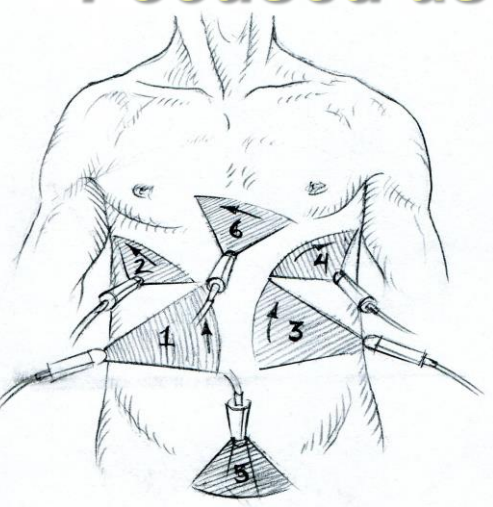
- притуплення при порівняльній перкусії флангів животу не змінює меж:
 - крововилив >1000 мл.

Діагностика: DPL, УЗД та КТ.



Протокол УЗД – FAST

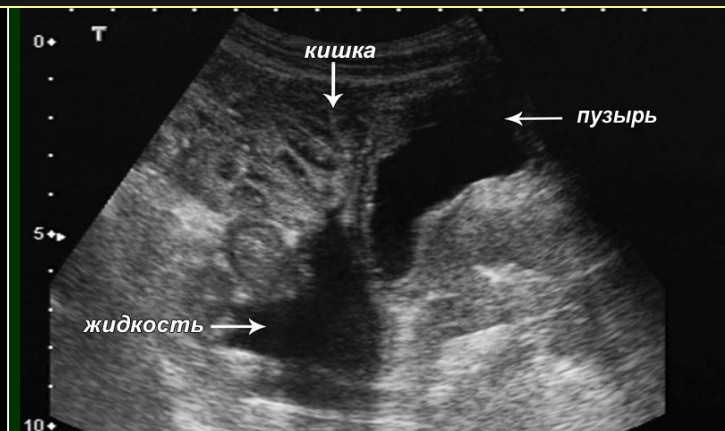
Focused assessment with sonography for trauma



- **FAST– базовий алгоритм навчання лікарів ATLS,**
 - Advanced Trauma Life Support, US,
- витіснив DPL у понад 50 країнах:
 - висока чутливість і точність - 95% (~ DPL),
 - швидкість і неінвазивність, не потребує транспортування,
 - НО! - ефективність залежить від досвіду фахівця.



- **не потребує виявлення конкретних пошкоджень,**
- **знаходження вільної рідини у 5 ключових локусах:**
 - простір Morison's'a – між печінкою і правою ниркою;
 - правий плевральний синус і піддіафрагмальний простір;
 - простір Koller'a – між селезінкою і лівою ниркою;
 - лівий плевральний синус;
 - міхурово/маточно-прямокишечний (Douglas) простір.
- **Сумнів або відсутність УЗД – потрібні лапароцентез і DPL.**



Алгоритм FAST

Focused Assessment with Sonography for Trauma

Пациент гемодинамически

Нестабилен

FAST +

срочная лапаротомия!

**FAST
СОМНИТ.**

**повторить
FAST через 5 мин**

лапароцентез?

операционная?

**FAST
« - »**

**с большой
вероятностью
внутрибрюшное
кровотечение
можно
исключить!**

**при высоком риске
повтор. FAST**

диагн. лапароцентез

Стабильный

FAST +

**FAST
СОМНИТ.**

**высокий
риск**

КТ

**низкий
риск**

**повтор. FAST
КТ?**

**FAST
« - »**

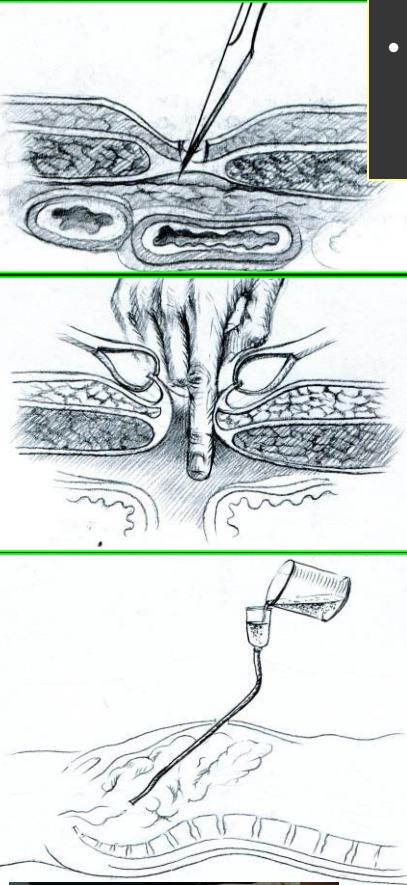
**высокий
риск**

КТ

**низкий
риск**

**наблюдение
(выпуска)**

Діагностичний перитонеальний лаваж (DPL)



- нескладна інвазивна процедура, досупна стаціонарам будь-якого оснащення,
- чутливість при кровотечі 95-98%, для ушкодженні порожнистих органів – 75-85%.
 - абсолютних протипоказів не існує.

- **Лапароцентез** - розрізняють відкритий і закритий спосіб.
 - спорожнить шлунок і сечевий міхур.
 - **Відкрита методика:**
 - під м/анестезією або поверхневим наркозом;
 - розріз над пупком 2-5 см, очеревину вскривають пальцем;
 - пальцева (тупферна) ревізія.
 - **Закрита методика - за допомогою троакара,**
 - Оптимально – міорелаксація – кома або ШВЛ (операція, седація).
 - протипокази:
 - » Спайковий процес після операцій;
 - » Вагітність 2-3-го триместру;
 - » цироз печінки із розширеними підшкірними венами і коагулопатією;
 - » ожиріння 3-4-го ступеню.



- **Перитонеальний лаваж (DPL) :**
 - Через катетер у чреву порожнину вводять 400-1000 мл (10 мл/кг/т) фіз.розчину;
 - оцінка лаважу – макро- і мікроскопія (10^5 /мл ер., 500/мл лейк., росл.волокна/ бактерії);
 - при негат. результаті трубку залишають для динамічного спостереження 2-3 доби. ⁹

Комп'ютерна томографія (КТ)

- **найбільш інформативна діагностика при абдомінальній травмі:**
 - наявність вільної рідини,
 - тяжкість ушкоджень органів і структур;
- **протипокази – відносні:**
 - гемодинамічна нестабільність –
«пацієнт занурюється в трубу томографа, з якого його душа полетить у сяючий тунель»!



Реанімаційна лапаротомія



Серединна лапаротомія (трансформується після ревізії)

- масивний гемоперитонеум – компресія аорти
 - 4 серветки: під печінку, на селезінку, здухвинні ямки;
- напружена центральна заочеревина гематома – компресія аорти
 - доступ до аорти у діафрагми або торакотомія зліва;
- обсяг гемоперитонеуму не відповідає крововтраті
 - пошук основного джерела.

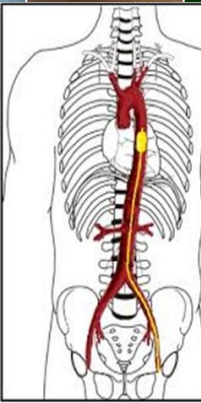


Ревізія – від скупчення згортків крові або по порядку:

- селезінка-печінка-діафрагма-корінь брижі-фланги-таз;
- кишечник – від стравоходу до прямої кишки.
- гематоми, що потребують ревізії:
 - малий сальник, шлунок, мезоколон – ревізія ПШЗ;
 - в проекції ДПК,
 - будь-яка – за ходом поранення,
- гематоми, що не потребують ревізії при закритій травмі:
 - ненапружені заочеревенні гематоми, будь-які малого тазу.

- **Гемостаз** – затискач, лігатура або тампонада.
- **Реінфузія** - при крововтраті більш 20-25% ОЦК,
- **Оцінка тяжкості стану після гемостазу:**
 - гемодинаміка стабільна – усунення наслідків травми;
 - гемодинаміка нестабільна, загроза асистолії – «damage control».

Тактика «*Damage control*»



- **1 етап – реанімаційна лапаротомія** – «закриття крану»:
 - затискач/ лігатура, туга тампонада і реінфузія;
 - контроль контамінації – укриття дефектів порожнистих органів;
 - тимчасове закриття черевної порожнини.
- **2 етап – реанімаційна пауза** – стабілізація вітальних функцій ІТ:
 - припинення операції – створення умов для стабілізації гемодинаміки, поновлення крововтрати і підтримка органного кровообігу;
 - підтримка помірної гіпотонії - до 90 mm Hg;
 - тривалість – від 15-20 хвилин до декількох годин.
- **3 етап – продовження перерваного втручання.**
 - зниження летальності у цієї групі з 85% до 36%.

- **Показання:**
 - Критичний стан, що потребує «damage control»,
 - Неможливість досягти гемостазу іншим засобом.
- **Тимчасова тампонада** – «damage control»,
 - тампони видаляються після стабілізації стану в перші 24 години.
- **Пролонгована тампонада для кінцевого гемостазу**
 - хірургічний гемостаз нездійснимий (тип IV),
 - ефективна у 80%, абсцеси – не більш 15%.
 - видалення із «ослизненням» тампонів на 5-7 добу.

Ушкодження селезінки

- **Структура і частота:**

- **Закрита травма – 98% спостережень:**
 - ДТП, кататравма, кримінал;
 - летальність – 12-25%.

- **Домінуючий синдром:**

- **гемоперитонеум:**
 - вільна рідина у черевній порожнині -
 - порівняльна перкусія, УЗД, КТ,
 - артеріальна гіпотензія.

- **Діагностика:**

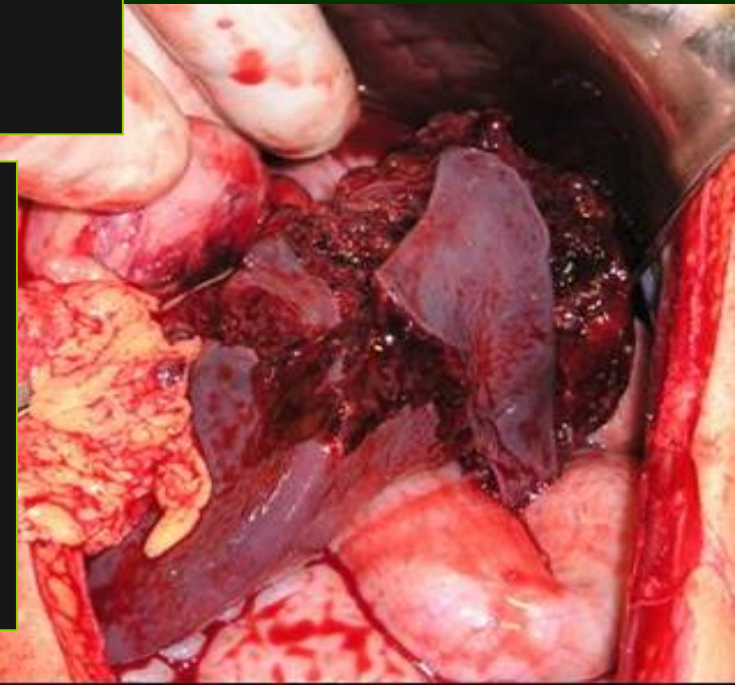
- УЗД (*КТ) – структура органу і вільна рідина.
- Лапароцентез і перитонеальний лаваж.
- Інтраопераційна - гемоперитонеум



- **Оцінка тяжкості пошкодження селезінки:**

- **1 тип** – підкапсульні гематоми:
 - а. стабільні,
 - б. прогресуючі з «двохмоментним розривом».
- **2 тип** – периферійний розрив до 1 см глибиною.
- **3 тип** – глибокий розрив ± ворота.
- **4-5 тип** – руйнування селезінки або відрив судинної ніжки.

- **Спленектомія** (III і IV тип),
- **Органозберігаючі операції** (I-III тип),
- **Консервативне лікування** (I-II тип),
 - діти – 65-90%, дорослі – 1-12%.



Ушкодження печінки

• Структура і частота:

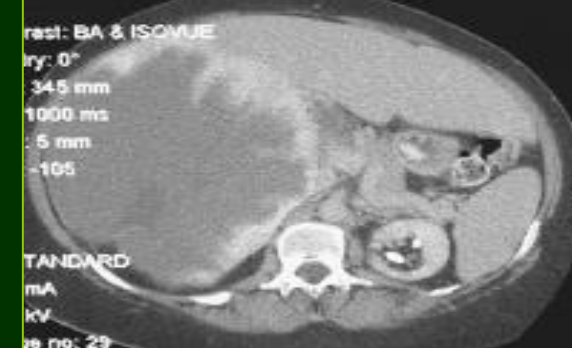
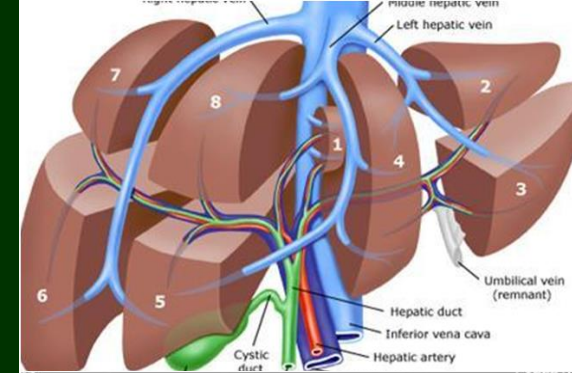
- Поранення – частіше інших органів,
- Закрита травма – уступає тільки селезінці,
 - летальність – 11%.

• Домінуючий синдром:

- Гемоперитонеум.

• Діагностика:.

- УЗД (*КТ) – структура органу і вільна рідина.
- Лапароцентез і перитонеальний лаваж.
- Інтраопераційна – гемоперитонеум.



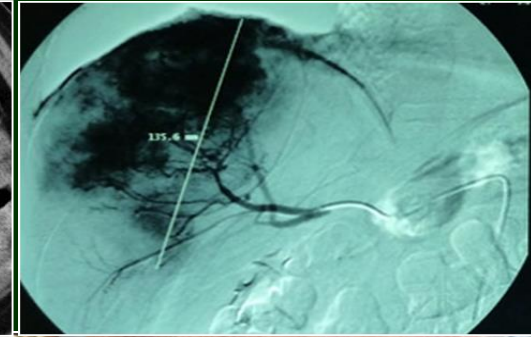
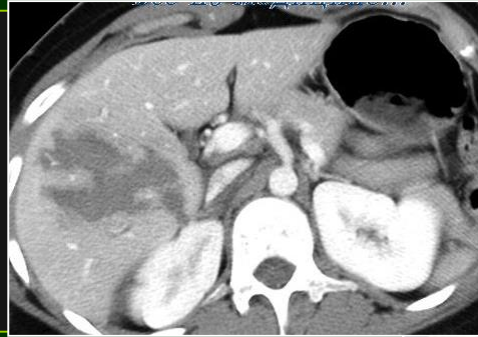
Градація ушкоджень печінки (AAST, E. Moore, 1986)

	Гематома	Розрив/рана	Судини
<i>I тип</i>	Поверхнева <10%	до 1 см глибиною	
<i>II тип</i>	Поверхн. 10-50%, глибока <10 см	до 5 см глибиною, без судин й проток	
<i>III тип</i>	Поверхн. >50% + розрив/кровотеча Глибока >10 см	+ судини й протоки; руйнація 1-2 сегм; позапеч.протоки	
<i>IV тип</i>	Глибока >10 см + розрив/ кровотеча	зірчасті, руйнація 3 сегментів	ізолювані НА, PV, HV.
<i>V тип</i>		разрушение >3 сегментов.	IVC,HV
<i>VI тип</i>		відрив печінки	

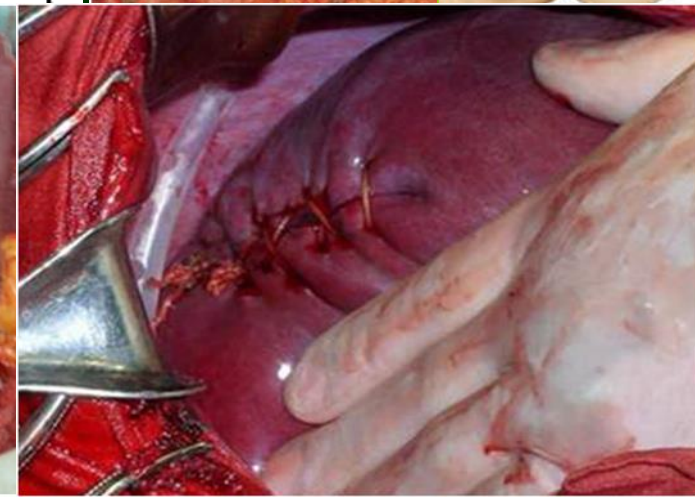
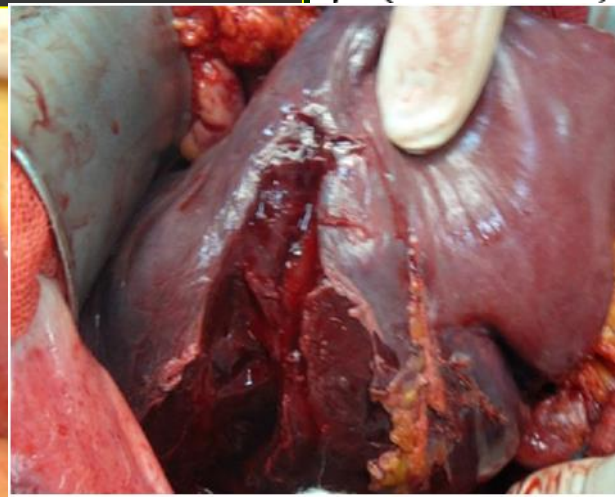
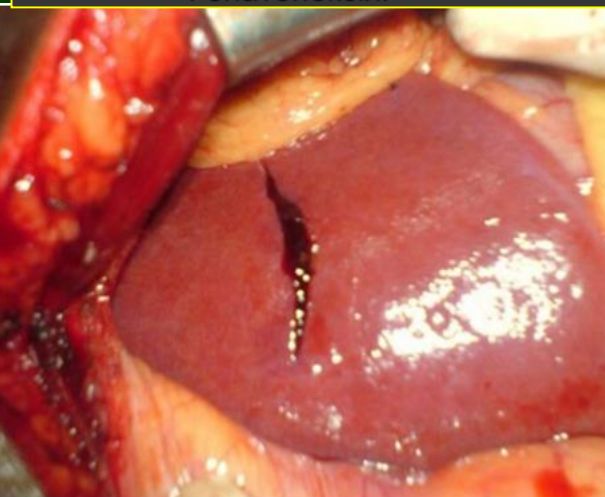
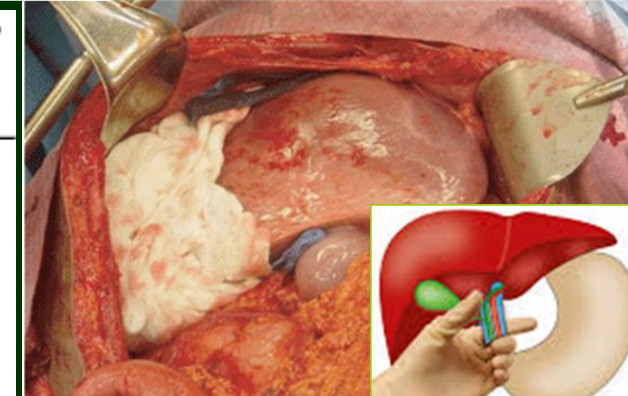
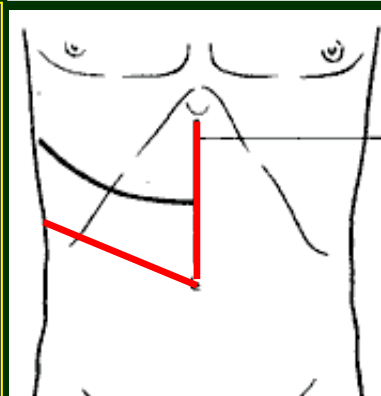
Ушкодження печінки: тактика

Оцінка тяжкості пошкодження:

- **Консервативне лікування** (I-II тип),
 - лапароскопія (I-II тип),
 - Rö – емболізація.
- **Зашивання, тампонада** (III і IV тип)
- **Резекції – некректомії** (IV-V тип),



- **Тимчасовий гемостаз:**
 - марлева тампонада;
 - прийом Прингла,
- **Забезпечення достатнього доступу:**
- **Зашивання пошкоджень.**
- **Тампонада печінки.**
 - Гепатопексія.



Ушкодження печінки: тактика

Надпечінкова судинна травма (NV, IVC)

- марлева тампонада – єдиний спосіб врятувати.

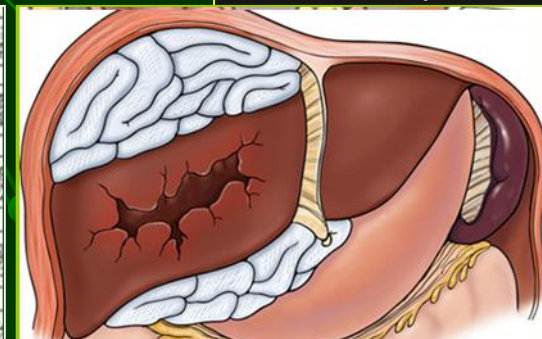
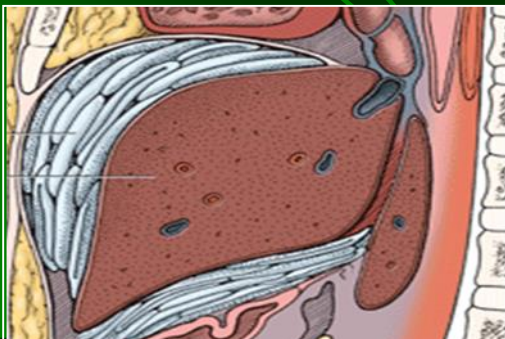
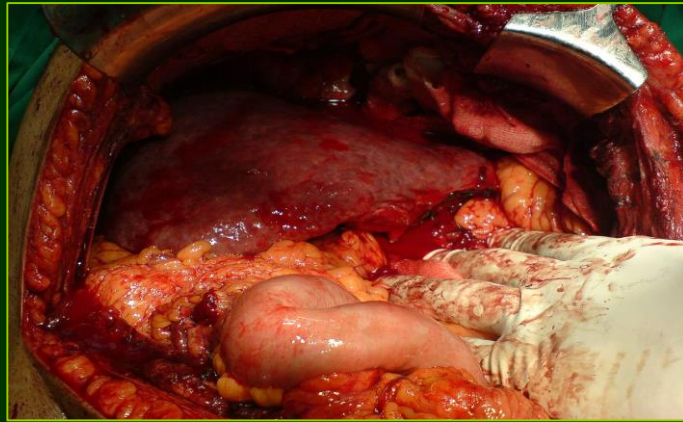
Підпечінкова судинна травма (PV, HA)

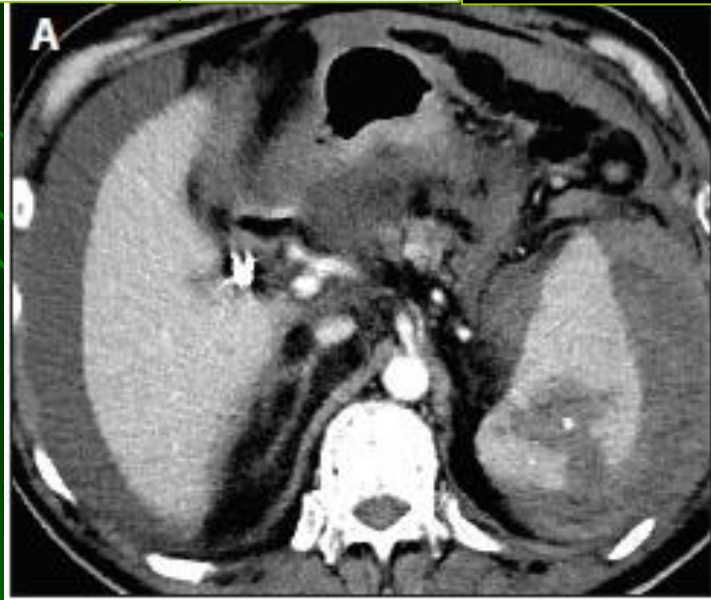
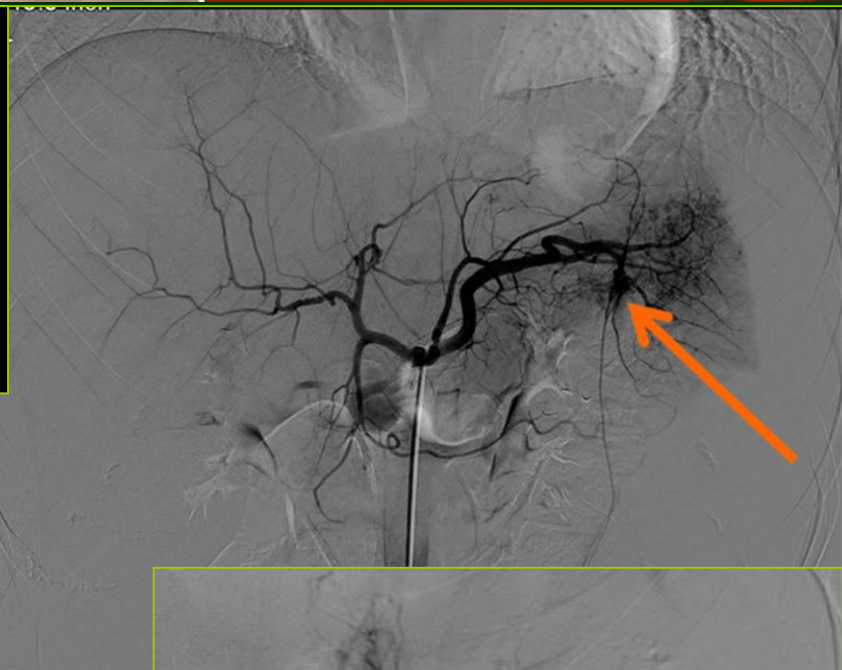
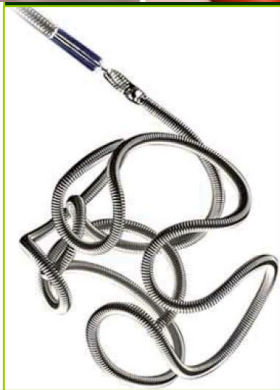
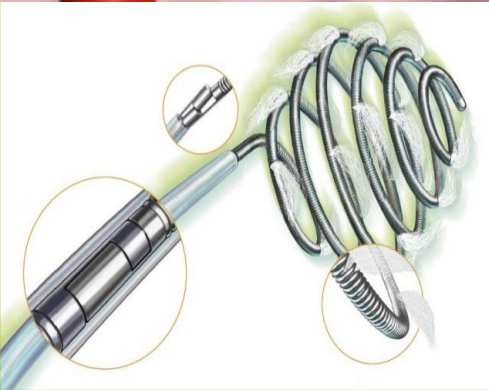
- поєднуються з травмою ДПК і ПШЗ.
 - шов і лігатура, інфаркт печінки - в 8-45%.

- летальність - >80%.

Марлева тампонада печінки:

- критичний стан, що потребує «damage control»,
- неможливість досягти гемостазу іншим способом.
- **Тимчасова тампонада** – «damage control»,
 - до стабілізації стану в перші 24 години.
- **Пролонгована** – для кінцевого гемостазу
 - хірургічний гемостаз неможливий (тип IV),
 - ефективна у 80%, абсцеси – до 15%.
 - видалення на 5-9 добу.





Ушкодження підшлункової залози

- **Структура і частота:**

- Закрита травма – до 80% ДТП
 - летальність – 12-25%.

- **Домінуючий синдром:**

- Гемоперитонеум (травма печінки і селезінки)

- **Діагностика:**

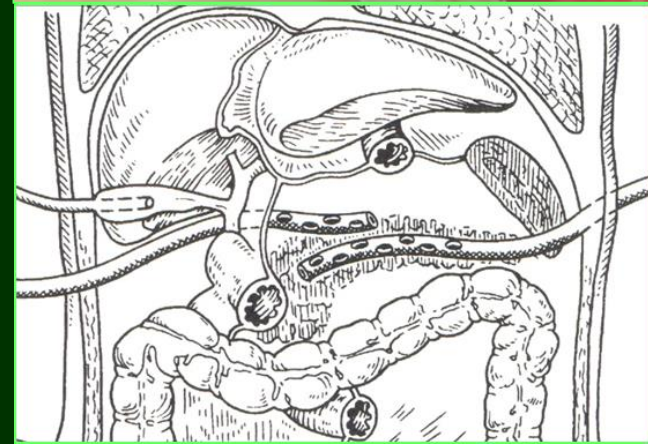
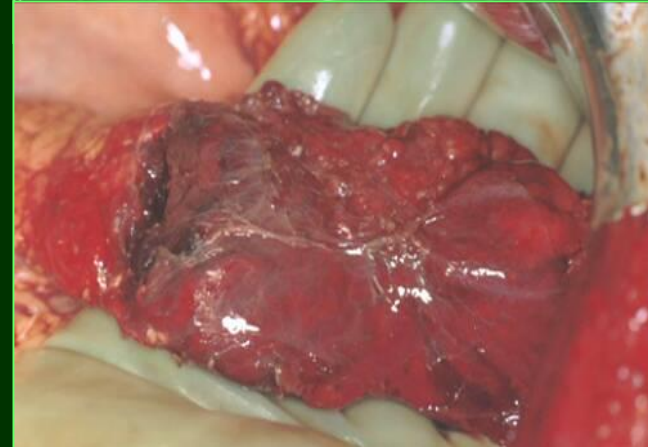
- Неопераційна – УЗД (*КТ).
- Інтраопераційна:
 - паранкреатична гематома.

- **Тяжкість ушкодження ПШЗ:**

- 1 тип (60-80%) – контузія, крайові пошкодження,
- 2 тип (15-20%) – без поширеної деструкції,
- 3 тип (5-10%) – поперечний розрив / деструкція,
- 4 тип (до 5%) – деструкція головки ± ДПК.

- **Післяопераційний період:**

- профілактика ГП і гнійно-септичних ускладнень



Ушкодження нирки

- **Структура і частота:**

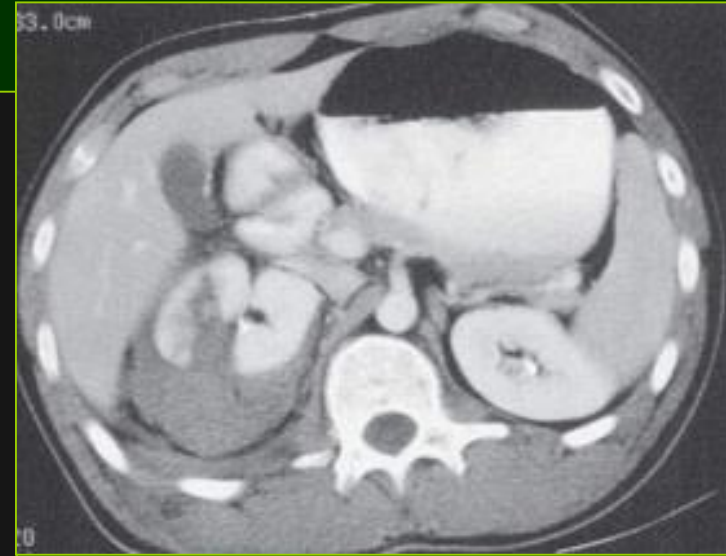
- Закрита травма – 85%, поранення – 12-20%
 - летальність – 12%.

- **Домінуючий синдром:**

- Заочеревенна гематома / гемоперитонеум:
- Артеріальна гіпотензія.

- **Діагностика:**

- Неопераційна – гематурія та УЗД (КТ).
- Інтраопераційна – заочеревенна гематома.



- **Тяжкість ушкодження:**

- **1 тип** – підкапсульна гематома, поверхн. розрив;
- **2 тип** – розрив/ поранення нирки й лоханки;
- **3 тип** – множинні проникаючі рани, поранення вени нирки.
- **4 тип** – відрив/ поранення судинної ніжки.

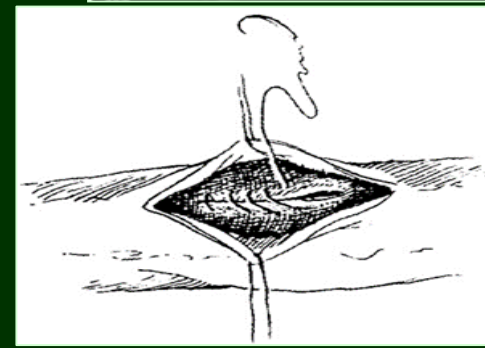
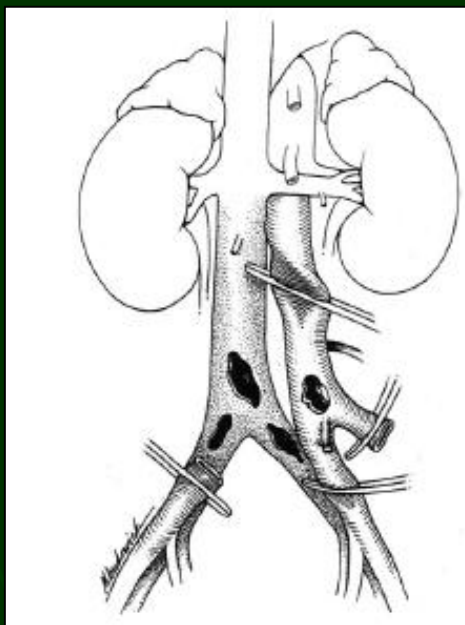
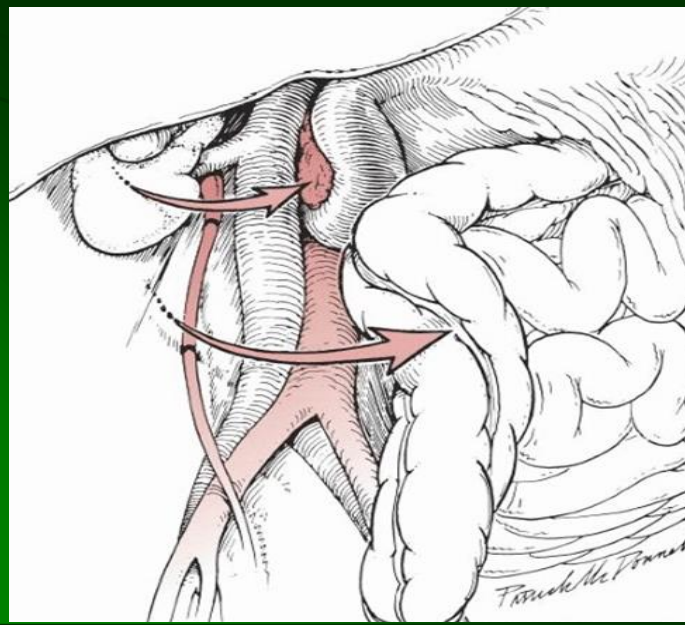
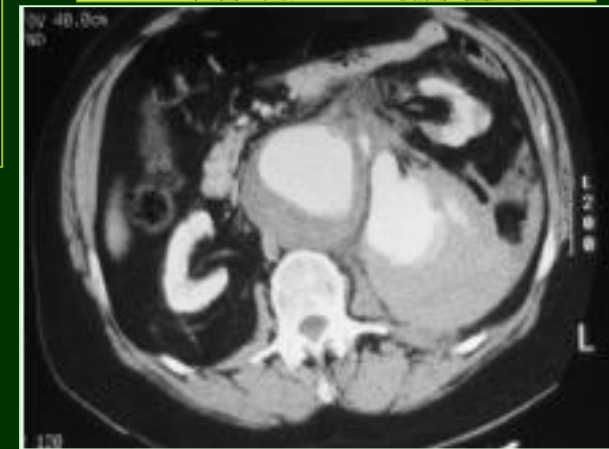
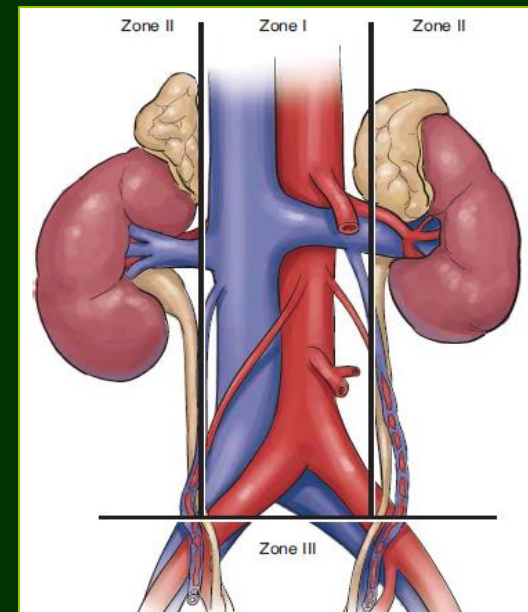
- **Методи лікування:**

- Нехірургічне або УЗД дренирування (I-II тип),
- Зашивання ± нефростомія (II-III тип);
- Резекція або нефрэктомія (III-IV тип).



Ушкодження судин

- **Структура і частота:**
 - Проникаючі поранення – 98%:
 - летальність – от 15% до 80%:
- **Домінуючий синдром:**
 - Заочеревена гематома / гемоперитонеум:
 - Артеріальна гіпотензія:
- **Діагностика:**
 - Неопераційна:
 - Симптом Джойса – притуплення у фланзі.
 - УЗД, КТ, лапароцентез і перитонеальний лаваж,
 - Інтраопераційна – заочеревенна гематома (3 зони)



Посттравматичний перитоніт

- **Клінічні прояви:**

1. Біль у животі (характер ексудату);
2. Захисне напруження м'язів черевної стінки;
3. Позитивні перитонеальні симптоми:
 - **Менделя** – болісна перкусія черевної стінки,
 - **Воскресенського** («рубашки») – різкий біль при ковзному русі пальців по черевній стінці,
 - **Щоткіна-Блюмберга** – різке відняття пальців від повільно вдавненої черевної стінки.

- **Діагностика:**

- Порівняльна перкусія, УЗД (КТ):
 - симптом вільної рідини.
- Оглядова рентгенографія:
 - вільний газ у формі «серпа» під куполом діафрагми.
- Лапароскопія і перитонеальний лаваж.

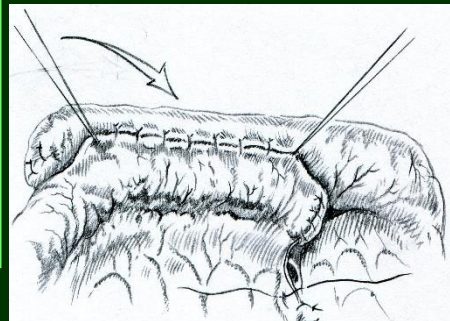
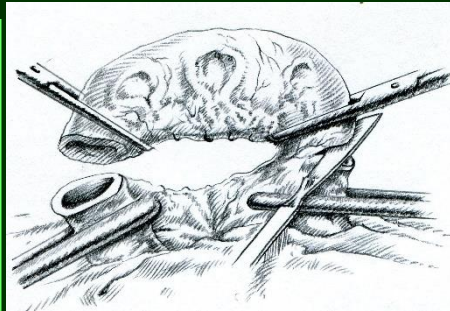
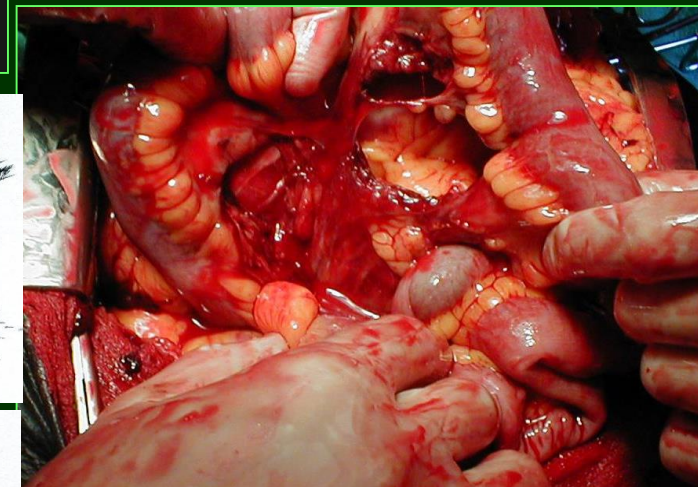


- **Об'єктивні труднощі діагностики перитоніту:**

- час – до яркої симптоматики повинно пройти від 0,5 до 6 годин,
- порушена свідомість – ЧМТ, алкогольне і наркотичне сп'яніння;
- введення знеболюючих препаратів;
- **псевдоперитонеальні симптоми:**
 - пошкодження суміжних ділянок – груди, хребта і тазу;
 - при гострій затримці сечі з переростягнутим сечовим міхуром;
 - при тяжкій ЧМТ;
 - при інтоксикації наркотиками;
 - при системній гіпотермії.

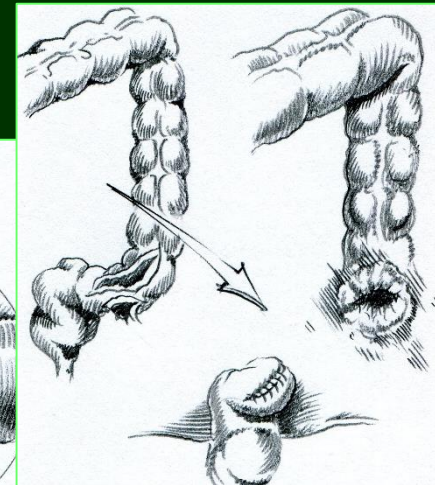
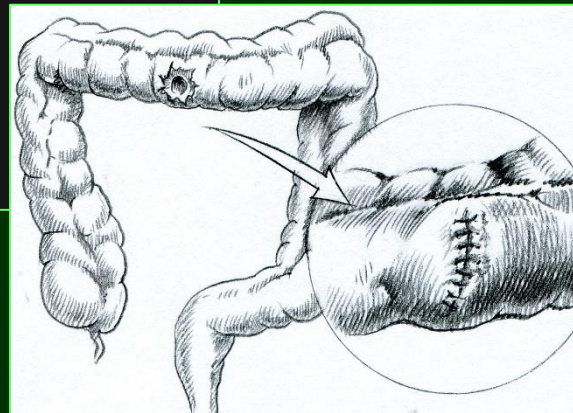
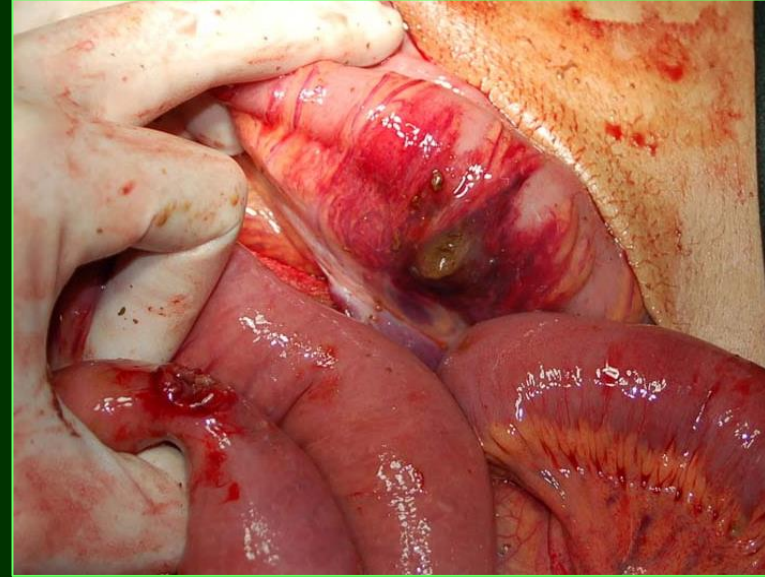
Ушкодження шлунку, тонкої кишки

- **Домінуючий синдром:**
 - перитонеальний – перфорація порожнистого органу:
 - Інтенсивний біль – хімічний опік очеревини вмістом,
 - може нівелюватися кровотечею;
 - Пневмоперитонеум – газ під діафрагмою (Rö).
- **Діагностика:**
 - Інтраопераційна.
- **Тактика і лікування.**
 - Термінова лапаротомія,
 - Зашивання або резекція,
 - Санація і дренування.



Ушкодження товстої кишки

- **Структура і частота:**
 - Поранення – 25-40%; закрита травма – 10-12%.
 - 40% - прогресує перитоніт і сепсис,
 - летальність 7-15%.
 - **Домінуючий синдром:**
 - перитонеальний – перфорація порожнистого органу.
 - **Діагностика:**
 - УЗД, КТ – вільна рідина, газ.
 - Лапароцентез і DPL,
 - Лапароскопія.
-
- **Тяжкість ушкодження:**
 - Розмір дефекту, наявність контузії;
 - Масивна крововтрата і шок з $\Delta\text{ОЦК} > 30\%$,
 - Перитоніт / фекальне забруднення > 6 год,
 - Ліва або права половина:
 - кровопостачання, консистенція вмісту.
 - **Методи усунення пошкоджень:**
 - зашивання або резекція з анастомозом;
 - зашивання або анастомоз з колостоєю;
 - обструктивна ілео- / колостомія.



ПХО поранень, що проникають

Повинні мати одномоментний та вичерпаний характер (Е.К.Гуманенко, 1998 г.):



- **головне** - усунення внутрішніх ушкоджень,
- вторинно – вогнепальне поранення.



1. **Забезпечення адекватного доступу** (лапаротомія):

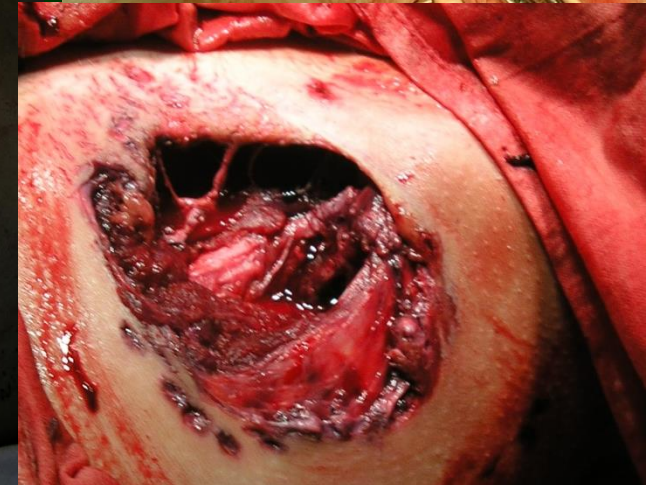
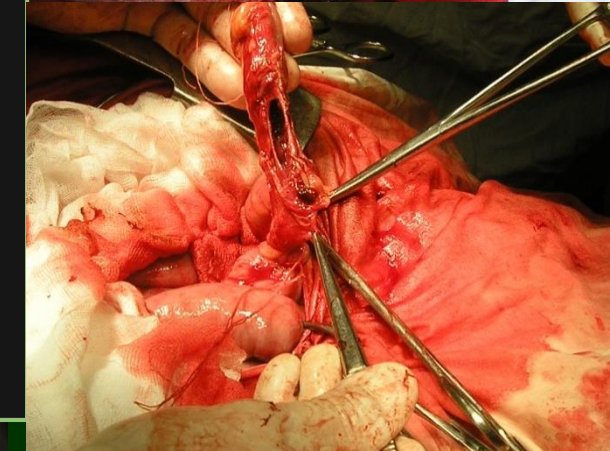
- ▶ не допустимо через вогнепальне поранення,

2. **Усунення внутрішніх пошкоджень;**

3. **ПХО вхідних і вихідних раневих отворів:**

- ▶ в рані зашивають тільки очеревину.

4. **Зашивання операційного доступу.**



ПОШКОДЖЕННЯ ТАЗУ

- **наслідок потужного травмуючого фактору:**

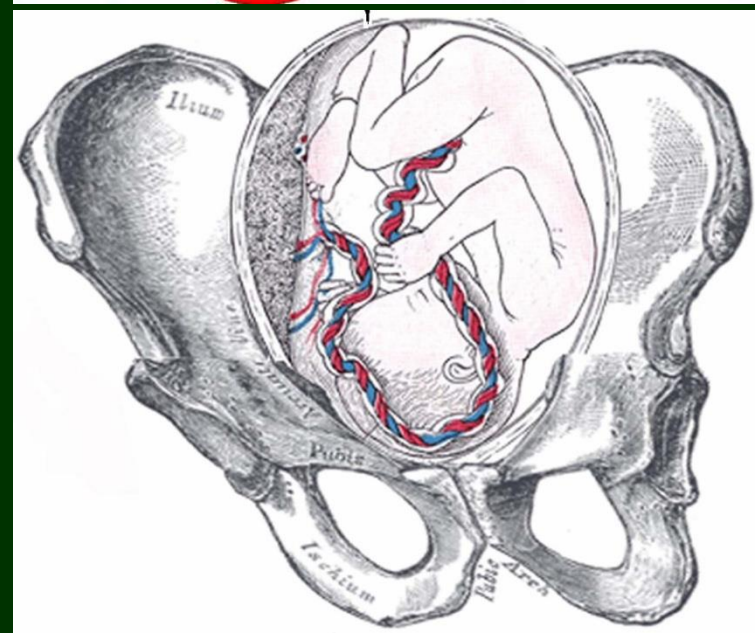
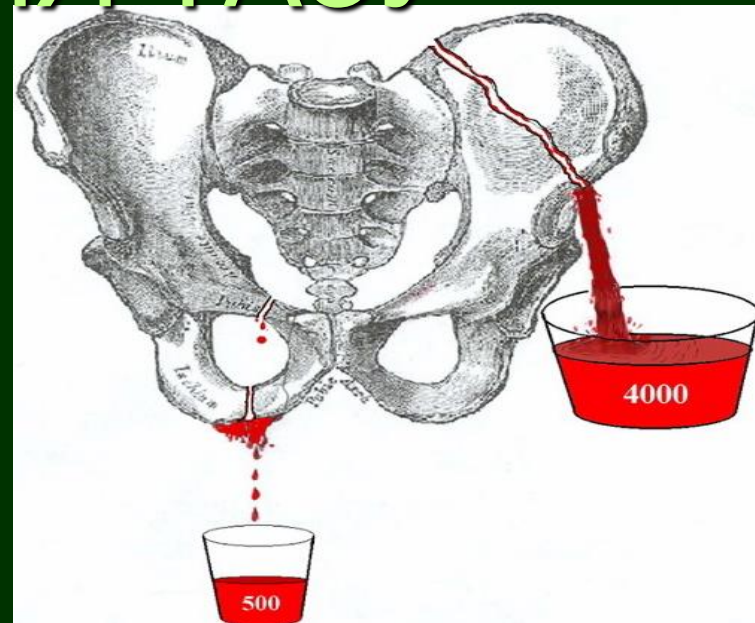
- ДТП, кататравма, сдавлення,
- вибухова травма.

- **найбільш тяжкі постраждалі:**

- гостра масивна крововтрата,
- пошкодження тазових органів.
- поєднані пошкодження.

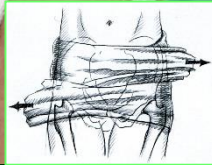
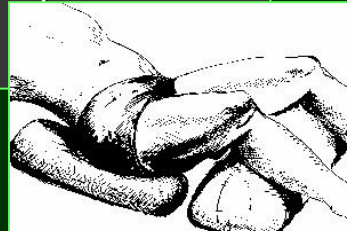
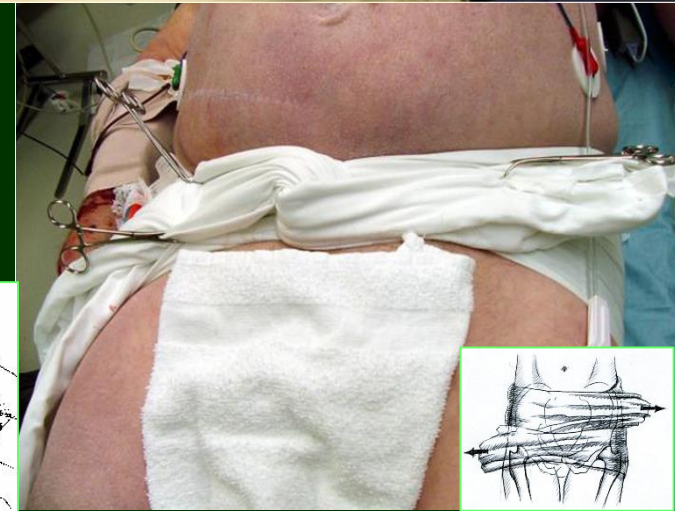
- **Класифікація:**

- Закриті пошкодження,
- Відкриті пошкодження (поранення).
 - **Без пошкодження кісток тазу.**
 - **Стабільні переломи (тип А).**
 - **Ротаційно-нестабільні (тип В).**
 - **Вертикально-нестабільні (тип С).**
 - Без пошкодження органів тазу,
 - З пошкодженням тазових органів,
 - С пошкодженням статевих органів.



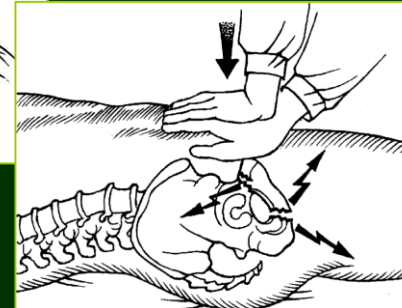
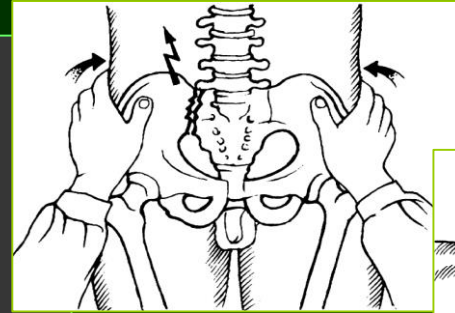
Допомога на догоспідальному етапі

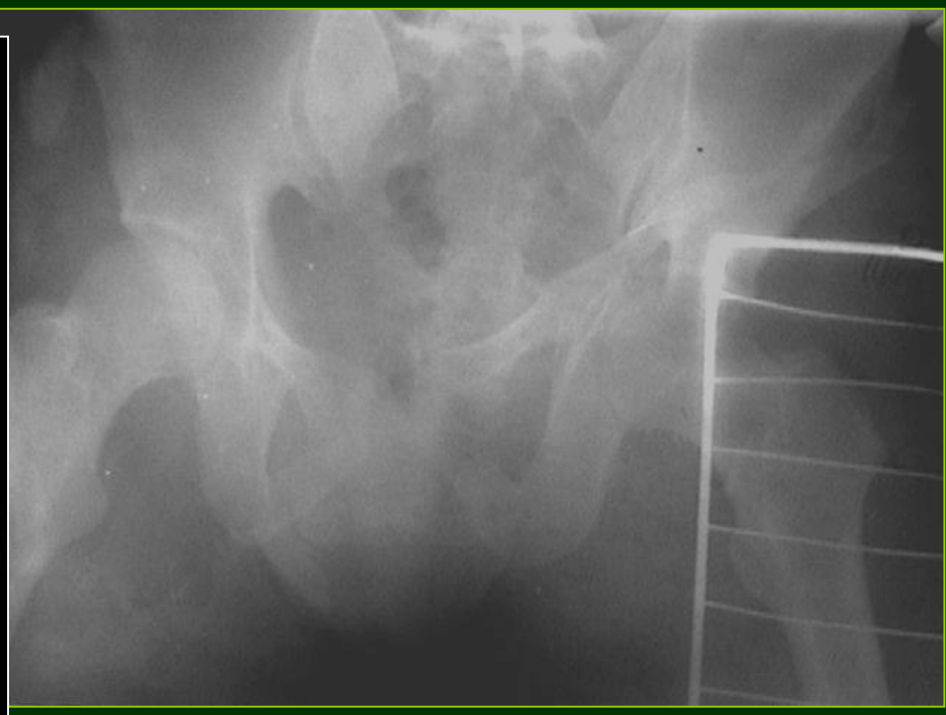
- **Накладання пов'язок на рани,**
 - при пораненнях з кровотечею - тампонада рани і давляча пов'язка,
 - зшивають шкіру над тампоном.
- **Знеболювання.**
- **Протишокова терапія:**
 - інфузія – DCR.
- **Транспортування:**
 - на твердих ношах,
 - *Тип А - положення жаби.*
 - Тип В, С – бандажування при ознаках шоку
- **При гострій затримці сечі:**
 - катетеризують сечовий міхур,
 - надлобкова троакарна пункція.



Вторинний огляд: таз

- **Оцінка стабільності тазового кільця:**
 - Виявлення деформації тазової ділянки,
 - Пальпація, перкусія:
 - біль, патологічна рухливість, кістковий хруст,
 - симптом «прилиплої п'ятки»,
 - мануальні тести,
 - Поліпозиційна рентгенографія, КТ.
- **Дослідження промежини, сідничних ділянок:**
 - Гематоми калитки і статевих губ,
 - Сечовипускний канал.
- Ректальне і вагінальне дослідження.
- Катетеризація сечового міхура:
 - кількісна і якісна оцінка сечі,
 - Проба Зельдовича,
 - Уретерографія, ретроградна цистографія.
- УЗД (КТ).
- Лапароцентез і перитонеальний лаваж.





● Стабільні переломи (тип А)

- не порушене тазове кільце.
- категорія нетяжких травм,
- пацієнти самостійно ходять.



61-A1



61-A2



61-A3



61-C1



61-C2



61-C3



● Ротаційно-нестабільні переломи (тип В)

- порушене переднє або заднє півкільце.
- ходьба не можлива, рухи кінцівок збережені.
- симптом «прилиплої» п'ятки.

АО / ОТА



61-B1



61-B2



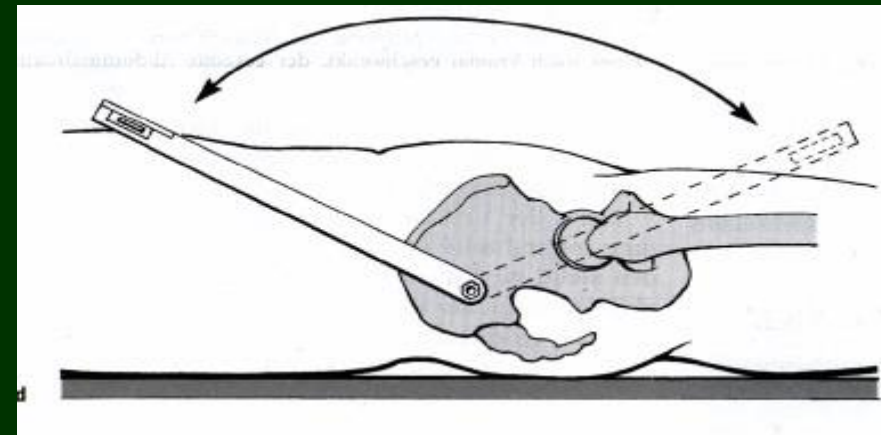
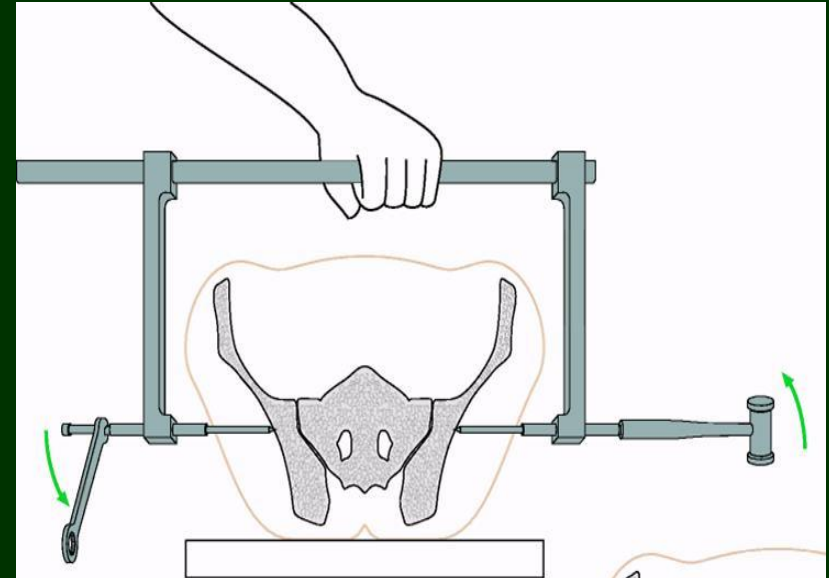
61-B3



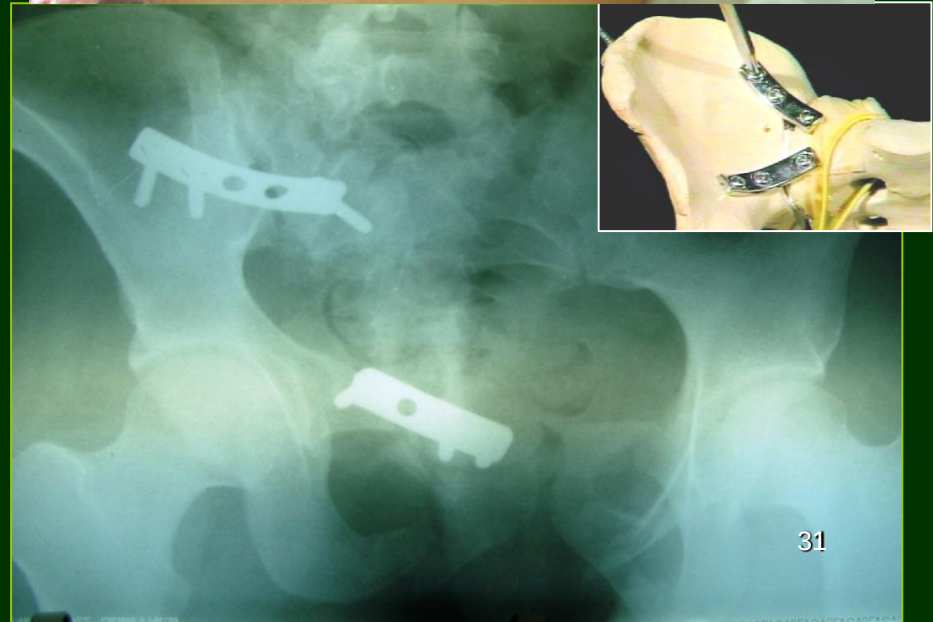
Вертикально-нестабільні (тип С)

- переднього і заднього півкільця
- зміщення половини тазу (перелом Мальгенья).
 - деформація тазу, гематоми статевих органів,
 - рухи кінцівками не можливі,
 - шок,
 - пошкодження тазових органів

Тампонада тазової кровотечі – щипці Ganz'a



Стабілізація кісток тазу



Пошкодження сечового міхура

- **Структура і частота:**

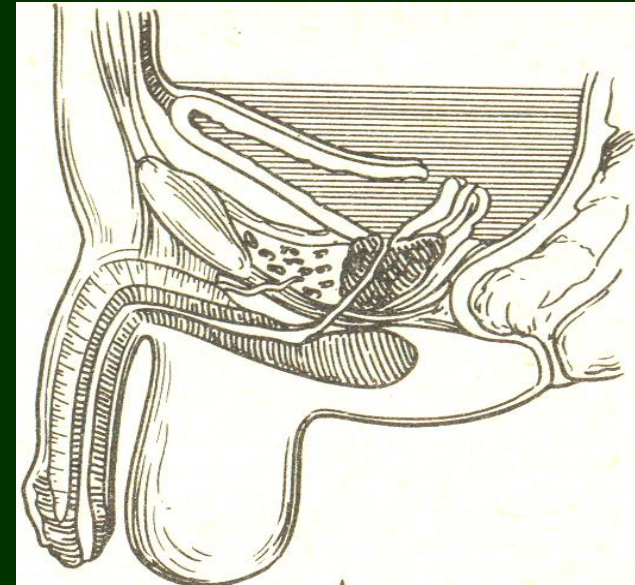
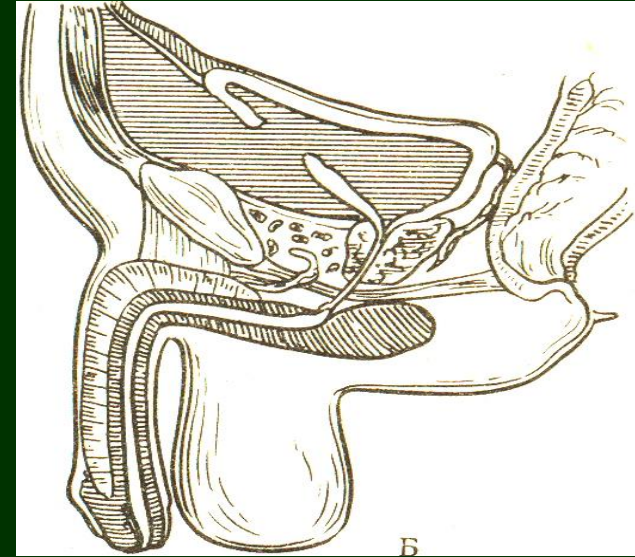
- Абсолютна більшість (95-98%) – перелом тазу з заочеревинним розривом:
 - летальність – до 11%; при переломах типу С – до 58%.

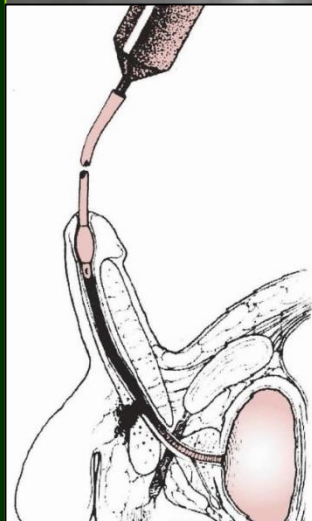
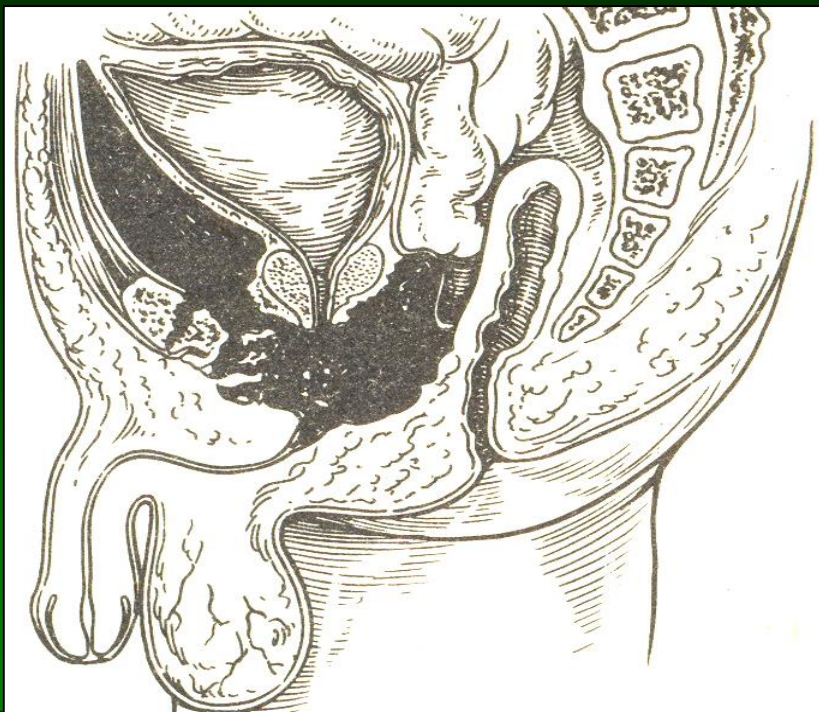
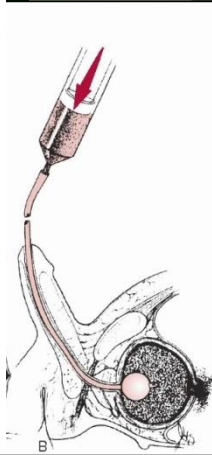
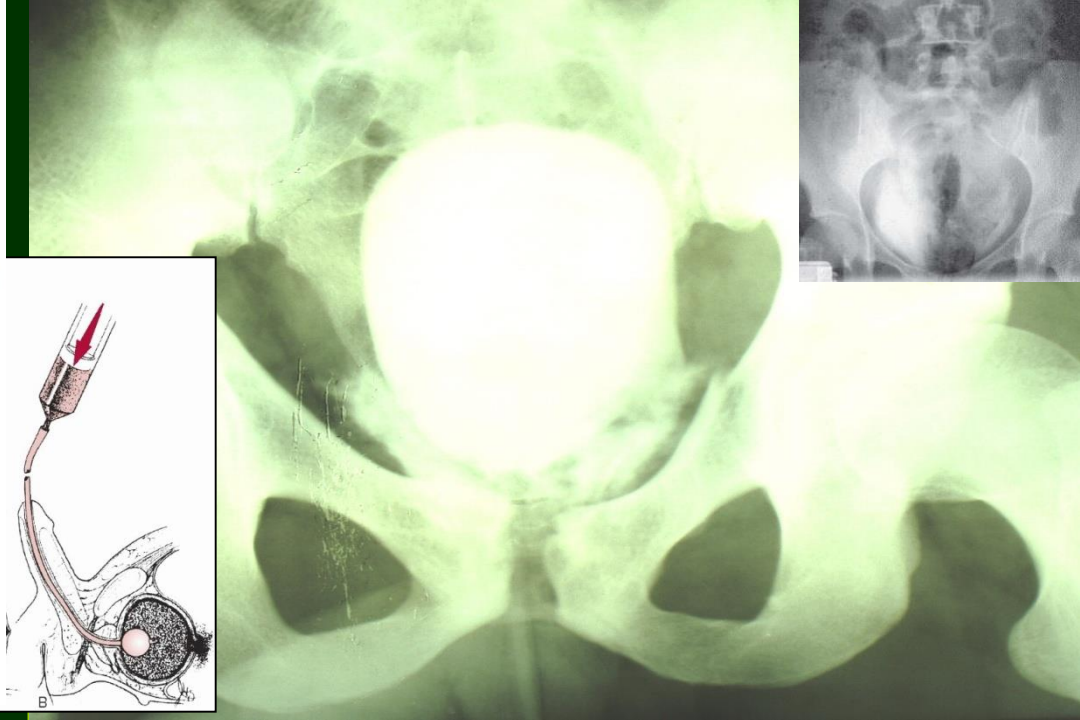
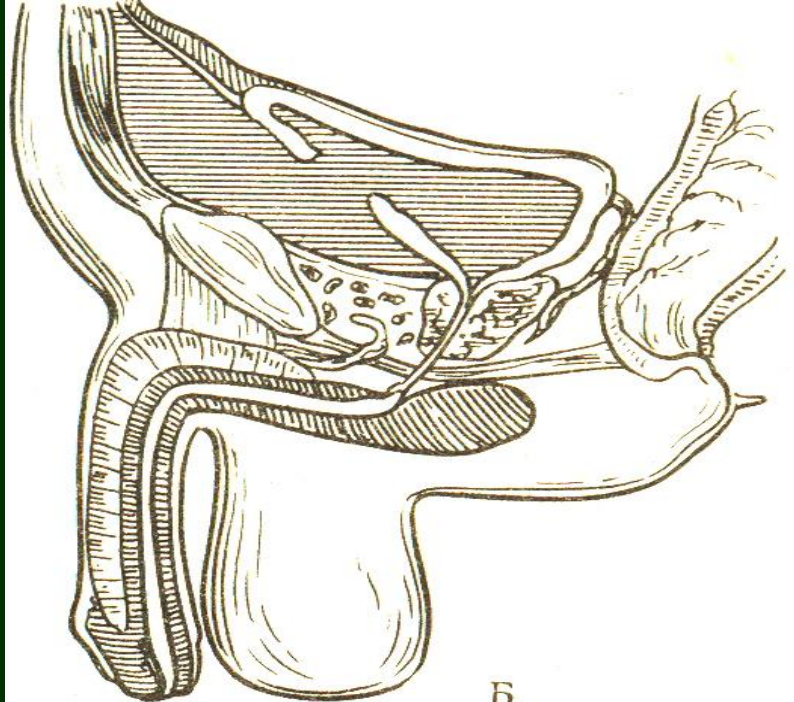
- **Діагностика:**

- Неопераційна:

- Механізм травми – перелом кісток тазу.
- Гематурія і кров у сечевипускному каналі:
- Висхідна Ro-уретеро-цистографія
- **Проба Зильдовича:**
 - Катетеризація – 400 мл фізрозчину – через 1-2 хв оцінка об'єму вмысту:
- Ректальне дослідження – дислокація простати;
- Лапароцентез і перитонеальний лаваж;
- УЗД (КТ) – структура органу і вільна рідина.

- Інтраоперацій – тазова урогематома.





Пошкодження прямої кишки

- **Актуальна проблема:**

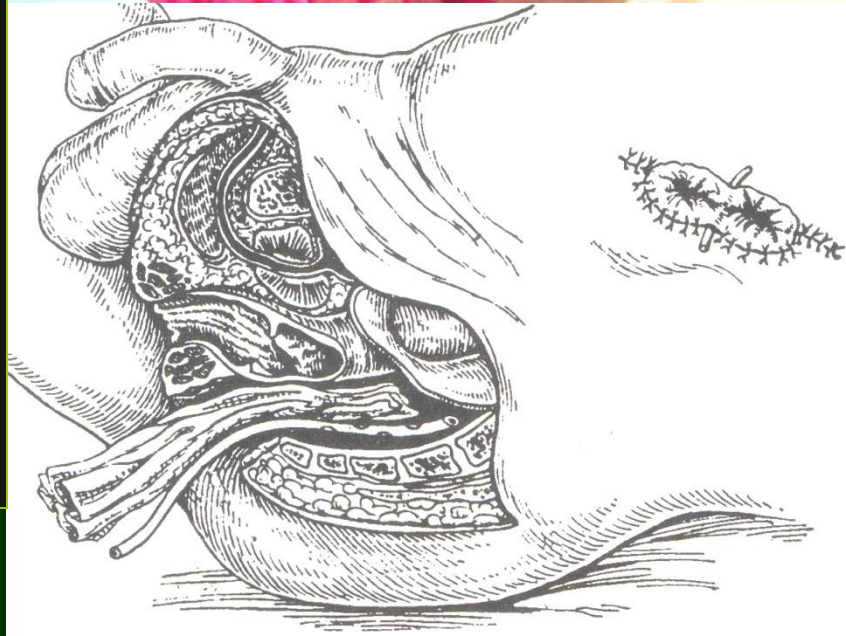
- Необхідність відвідної колостоми.

- **Діагностика:**

- Механізм травми:
 - Сдавлення і роздавлення тазу;
 - Кататравма;
 - Згвалтування.
- Огляд промежини, періанальної ділянки;
- Пальцеве дослідження прямої кишки;
- Ендоскопія – RRS;
- Рентгенконтрастне дослідження;
- Лапароцентез і перитонеальний лаваж.

- **Тактика і лікування.**

- **Вище зубчастої лінії:**
 - Закриття дефекту з відвідною сигмостомою:
 - операція Гартмана або 2-ствольний анус - лаважна фістула.
 - Дренування позапрямокишечного простору.
 - Стабілізація кісток тазу (тип В і С) і н/кінцівок АЗФ, у 1 добу.
- **Нижче зубчастої лінії – анальний канал:**
 - Закриття дефекту без колостоми
 - Дренування параректального простору.





ЗНАЙ І ВМІЙ!