

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ
БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»**

СТЕНОГРАММА

Заседания диссертационного совета Д 001.028.01 при Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научный центр психического здоровья» по защите диссертации Мухориной А.К. на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.06 – «Психиатрия» протокол № 13 от 15 октября 2018 года.

Председатель диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН Тиганов А.С.

Ученый секретарь – кандидат медицинских наук И.Ю. Никифорова.

- | | | | |
|-----|---------------------------------|-----------------|--------------------------|
| 1. | Тиганов Александр Сергеевич | д.м.н. 14.01.06 | Председатель |
| 2. | Бархатова Александра Николаевна | д.м.н. 14.01.06 | Заместитель Председателя |
| 3. | Гаврилова Светлана Ивановна | д.м.н. 14.01.06 | Заместитель Председателя |
| 4. | Никифорова Ирина Юрьевна | к.м.н. 14.01.06 | Ученый секретарь |
| 5. | Антропов Юрий Федорович | д.м.н. 14.01.06 | |
| 6. | Вельтищев Дмитрий Юрьевич | д.м.н. 14.01.06 | |
| 7. | Голимбет Вера Евгеньевна | д.б.н. 14.01.06 | |
| 8. | Головина Алла Геннадьевна | д.м.н. 14.01.06 | |
| 9. | Дубницкая Этери Брониславовна | д.м.н. 14.01.06 | |
| 10. | Иванов Станислав Викторович | д.м.н. 14.01.06 | |
| 11. | Изнак Андрей Федорович | д.б.н. 14.01.06 | |
| 12. | Каледа Василий Глебович | д.м.н. 14.01.06 | |
| 13. | Калинин Владимир Вениаминович | д.м.н. 14.01.06 | |
| 14. | Колюцкая Елена Владимировна | д.м.н. 14.01.06 | |
| 15. | Мазаева Наталья Александровна | д.м.н. 14.01.06 | |
| 16. | Морозова Маргарита Алексеевна | д.м.н. 14.01.06 | |
| 17. | Пантелеева Галина Петровна | д.м.н. 14.01.06 | |
| 18. | Селезнева Наталья Дмитриевна | д.м.н. 14.01.06 | |

19. Симашкова Наталья Валентиновна д.м.н. 14.01.06
20. Смулевич Анатолий Болеславович д.м.н. 14.01.06

Председатель д.м.н., проф., академик РАН Тиганов А.С.: Уважаемые коллеги! Позвольте начать наше заседание.

На совете присутствует 20 из 23 членов диссертационного совета. Необходимый кворум имеется.

На защиту выносится диссертация **МУХОРИНОЙ АННЫ КОНСТАНТИНОВНЫ** «Негативная шизофрения с изменениями типа фершробен (психопатология, клиника, терапия)» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.06 – «Психиатрия».

Работа выполнена в отделе пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

Официальные оппоненты:

Коцюбинский Александр Петрович, доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, руководитель отделения внебольничной психиатрии.

Шмилович Андрей Аркадьевич, доктор медицинских наук, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии.

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Министерства Здравоохранения Российской Федерации.

Председатель д.м.н., проф., академик РАН Тиганов А.С.: Слово предоставляется ученому секретарю.

Ученый секретарь кратко докладывает об основном содержании представленных соискателем документов и их соответствии установленным требованиям (заявление, характеристика, удостоверение о сдаче кандидатских экзаменов, акты внедрения, заключение экспертной комиссии от 15.06.2018 г.). Представленные документы и материалы предварительной экспертизы соответствуют требованиям ВАК Минобрнауки.

Автореферат диссертации, текст диссертации, отзыв научного руководителя, протокол представления к защите протокол № 10 от 18 июня 2018 г., где были утверждены оппоненты и ведущая организация – размещены на сайте ФГБНУ НЦПЗ (<http://ncpz.ru/cond/3/diss/2018/273>).

Председатель: Анна Константиновна, Вам предоставляется слово для изложения основных положений диссертации.

Мухорина А.К. излагает существо и основные положения диссертации.

Председатель: Какие будут вопросы к соискателю?

Д.м.н., проф. Мазаева Наталия Александровна (ФГБНУ НЦПЗ): Почему вы выбрали такой возрастной период с 18 до 65 лет? Ведь известно, что в пожилом возрасте некоторые психопатологические проявления дефекта изменяются. Была разница в проявлениях дефекта у молодых и возрастных пациентов? И еще один вопрос: с чем же все-таки обращались пациенты в клинику? Ведь, вряд ли дефицитарные расстройства служили причиной поступления в стационар.

Ответ Мухориной А.К.: Спасибо большое за ваш вопрос, Наталия Александровна. Возраст с 18 до 65 лет – это возраст пациентов, поступающих во взрослое отделение клиники. Минимальный возраст поступления пациентов в 1 и 2 клиническое отделение, на базе которых проводилось исследование – 18 лет. Если говорить о возрасте 65 лет, то это возрастное ограничение, после которого пациенты поступают в отделение гериатрической психиатрии, возраст, после наступления которого увеличивается риск формирования различных старческих

психиатрических изменений. Это классический возрастной диапазон. Средний возраст пациентов выборки составлял около 40 лет, и возрастных пациентов было немного. У молодых пациентов первой группы дефицитарные расстройства были стабильными, а причиной их поступления были позитивные симптомокомплексы, в основном, ипохондрические: стойкие головные боли, проявления синдрома раздраженного кишечника, либо тревожно-фобические расстройства. Если говорить о пациентах второй группы, то в ней с возрастом накапливались более интенсивные и более массивные дефицитарные расстройства, и у более взрослых пациентов при длительном течении болезни обнаруживалось больше псевдоорганического дефицита, астенических нарушений, в связи с которыми наблюдалась инвалидизация пациентов. Причиной поступления в больницу таких пациентов служили, с одной стороны, позитивные симптомокомплексы, представленные также ипохондрическими, тревожно-фобическими расстройствами, а с другой стороны – собственно дефицитарные расстройства, которые в некоторых случаях амплифицировались с аффективными состояниями, в частности, с депрессиями.

Председатель: есть еще вопросы? Анна Константиновна, вот у меня такой вопрос: как происходило формирование «второй жизни» по Вийе? Это был внезапный надлом? Или было обязательным наличие приступа, который следует расценивать как шуб? Мне известны транзиторные состояния перед тем, как наступает «вторая жизнь», которые длятся несколько минут или секунд, а надлом оказывается достаточно значительным.

Ответ Мухориной А.К.: Александр Сергеевич, спасибо большое за вопрос. Формирование «второй жизни» происходило следующим образом: сначала это было похоже на вялое течение, при котором еще не наступало никакой трудовой дезадаптации. То есть пациенты были способны окончить школу, ВУЗ, устроиться на работу, а симптоматика заболевания реализовалась стертыми аффективными расстройствами, сопряженными с симптомокомплексами, характерными для пубертатного возраста. Это расстройства пищевого поведения, дисморфофобические расстройства, гебоидные включения, явления

юношеской несостоятельности. Такая симптоматика персистировала на протяжении нескольких лет, и в результате аутохтонного обострения этих аффективных расстройств, по их разрешении происходило формирование дефицитарных изменений типа фершробен по типу «второй жизни».

Председатель: все-таки это были кратковременные транзиторные психозы, когда вслед за ними буквально как гром среди ясного неба возникала совершенно другая структура личности?

Ответ Мухориной А.К.: пациенты с психотическими состояниями не включались в выборку, потому что, преимущественно, мы подбирали пациентов с негативной шизофренией, где состояние пациента определяется дефицитарными расстройствами на всем своем протяжении.

Председатель: есть еще вопросы?

Д.б.н., проф. Голимбет Вера Евгеньевна (ФГБНУ НЦПЗ): В современной англоязычной литературе не встречается термин фершробен – подскажите, пожалуйста, может быть существует аналог термина?

Ответ Мухориной А.К.: Спасибо большое за вопрос. Фершробен было общепринятым обозначением чудачеств и встречалось в том числе и в англоязычной литературе. В старой российской, японской литературе можно также встретить термин фершробен. В английском языке существуют синонимы для обозначения этого термина: oddity, eccentricity, peculiarity, bizarre.

Председатель: есть еще вопросы? Нет. Разрешите продолжить наше заседание без объявления технического перерыва.

ОБСУЖДЕНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Председатель: Позвольте предоставить слово научному руководителю д.м.н. Романову Д.В.

Научный руководитель д.м.н. Романов Д.В.: Добрый день, уважаемые коллеги. Поскольку я не могу говорить по сути работы, мое выступление должно быть краткой характеристикой исследователя Мухориной Анны Константиновны, должен сказать, что она с самого начала была поставлена в непростую для исследователя ситуацию, поскольку пришла в аспирантуру, не

имея за плечами ординатуры отдела Анатолия Болеславовича, испытывая необходимость довольно быстро освоить и терминологический аппарат, и те клинико-психопатологические подходы, которые доминируют у нас в отделе, с чем она, к ее чести, великолепно, на мой взгляд, справилась, проявив массу адаптивности, энергичности, активности, целеустремленности. В итоге, вопросов в отношении ее научной квалификации не возникло. Сумела поднять довольно серьезную тему и работать активно с пациентами, которые трудно доступны психопатологическому анализу, поскольку имеют ряд патохарактерологических особенностей, которые нередко затрудняют исследование. Тема фершробенов – она из сложных тем в нашем отделе. Последние работы, которые полностью посвящены этой теме, относятся к концу 80-х годов и принадлежат отечественным авторам. То, что Анна Константиновна смогла эту тему реализовать, характеризует ее как успешного исследователя. Кроме того, она проявила свои лучшие человеческие качества: порядочность, отзывчивость, с которыми она была готова не только заниматься наукой, но и помогать пациентам не только психофармакологически, но и своими психотерапевтическими способностями. Спасибо.

Председатель: Спасибо большое. Позвольте предоставить слово Ученому секретарю.

Ученый секретарь оглашает заключение организации, где была выполнена диссертация (ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»), работа получила положительную оценку и была рекомендована к защите, отзыв ведущей организации Государственное бюджетное учреждение «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П.Сербского» (г. Москва), отзыв положительный (прилагается в письменном виде, имеются некоторые замечания, не носящие критического характера). Отзывы на автореферат диссертации положительные, замечаний нет (прилагаются в письменном виде). С отзывами можно ознакомиться на сайте ФГБНУ НЦПЗ (<http://ncpz.ru/cond/3/diss/2018/273>).

Председатель: Анна Константиновна, ответьте, пожалуйста, на замечания Ведущей организации.

Ответ Мухориной А.К.: Отвечая на вопрос, хочу сказать, что $\frac{1}{4}$ – это доля современной литературы относительно всех источников, использованных в диссертации. Ведь если говорить о поиске информации относительно фершробенов, то она, в основном, относится к прошлому и позапрошлому веку, соответственно, таких работ преимущество. Работы последнего десятилетия освещают тему негативных и дефицитарных расстройств при шизофрении, а также вопросы их терапии. Что касается обсуждения психореабилитационных мероприятий, то сведения о них являются ограниченными, сформулированными и на базе проанализированной литературы, и на некоторых психотерапевтических интервенциях, которые, по возможности, осуществлялись при работе с пациентами.

Председатель: Спасибо. Продолжаем обсуждение работы. Позвольте мне предоставить слово официальному оппоненту, доктору медицинских наук, Андрею Аркадьевичу Шмиловичу, заведующему кафедрой психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России.

Официальный оппонент д.м.н. Шмилович А.А. излагает отзыв о диссертации (отзыв положительный, прилагается в письменном виде).

Председатель: Есть ли вопросы к официальному оппоненту? Нет.

Спасибо, Андрей Аркадьевич. Анна Константиновна, Вам слово.

Ответ Мухориной А.К.: Уважаемый Андрей Аркадьевич, спасибо большое, за проделанную работу и положительный отзыв, который Вы дали моей диссертации.

Председатель: Второй официальный оппонент д.м.н., профессор Коцюбинский Александр Петрович, руководитель отделения внебольничной психиатрии ФГБУ НМИЦПН им. В.М. Бехтерева Минздрава России. В связи с отсутствием оппонента по уважительной причине, отзыв зачитает Ученый секретарь. (отзыв положительный, имеются некоторые замечания, не носящие

критического характера. прилагается в письменном виде). Анна Константиновна, ответьте, пожалуйста, на замечания оппонента.

Председатель: Анна Константиновна, Вам слово.

Ответ Мухориной А.К.: Если говорить про выборку настоящего исследования, то формирование нажитого шизотипического расстройства личности происходило после перенесенного приступа негативной шизофрении. В пользу трактовки перенесенного состояния как приступа эндогенного заболевания может служить наличие неконгруэнтной возрасту, вызвавшей психогении психопатологической симптоматики. А динамика ненажитых форм шизотипического расстройства личности не входила в задачи настоящего исследования.

Переходя к обсуждению второго замечания оппонента, нельзя не согласиться относительно категоричности вывода о психотерапевтической интервенции во второй группе. Видимо, он сформулирован недостаточно четко.

Использование психотерапевтической коррекции наряду с психофармакологическим воздействием являются облигатными составляющими интервенции в обсуждаемом контингенте пациентов в обеих группах. Однако лекарственное воздействие во второй группе пациентов с изменениями типа фершробен по типу «второй жизни» являются приоритетными ввиду потенциального эффекта в плане замедления формирования новых и коррекции уже имеющихся дефицитарных и негативных симптомов, когнитивных расстройств. В отсутствие психофармакологической терапии психотерапевтические интервенции представляются недостаточными. Спектр последних для второй группы пациентов представлен достаточно широко, однако ввиду формирования когнитивного дефицита, выступающего в качестве одного из ведущих факторов, препятствующих адаптации пациентов, в первую очередь, рекомендуется его коррекция. Это не исключает применения для пациентов с дефектом по типу «второй жизни» широкого спектра психотерапевтических интервенций, направленных на коррекцию социальной, семейной, профессиональной дезадаптации.

Переходя к обсуждению третьего замечания о антинегативных эффектах галоперидола, стоит сказать, что рядом современных исследований подтверждается его эффективность в отношении негативной симптоматики. Однако данный феномен может быть связан с особенностями выборок процитированных исследований, включавшей психотических пациентов, при редукции позитивной симптоматики у которых на фоне лечения галоперидолом исчезали и «вторичные» (по отношению к позитивным) негативные симптомы. Кроме того, некоторыми исследованиями не подтверждается эффективность некоторых атипичных антипсихотиков в отношении редукции негативной симптоматики по сравнению с галоперидолом. Таким образом, галоперидол, обладая антинегативными свойствами, уступает по обсуждаемому параметру атипичным антипсихотикам и не является препаратом первой линии при лечении негативной симптоматики, хотя и не исключается из группы антипсихотиков с антинегативным спектром действия.

Председатель: Спасибо. Кому угодно взять слово и выступить в неофициального оппонента? Пожалуйста.

Выступление неофициального оппонента д.м.н. Бархатовой А.Н.: Я хочу высказаться, потому что несколько знакома с работой Анны Константиновны, была председателем на апробации, а также потому что я занимаюсь этой проблемой. Это очень важная проблема, недаром фершробен последние 150 лет звучит во всей мировой литературе. Дифференциация, представленная в работе, является интересной, так как и терапия, и социо-реабилитационный маршрут – чрезвычайно сложная область. Думаю, мы будем возвращаться к этому еще не один раз. Хочется отдать должное Анне Константиновне, что она с такой тщательностью, разумным подходом, адекватным использованием психопатологической терминологии выразила все это в своей работе.

Ответ Мухориной А.К.: Уважаемая Александра Николаевна, спасибо большое за положительный отзыв, который Вы дали моей диссертации.

Председатель: Спасибо большое. Пожалуйста, еще желающие есть? Анна Константиновна, теперь Вам заключительное слово.

Заключительное слово Мухориной А.К.: Я хотела бы поблагодарить глубокоуважаемого директора профессора Татьяну Павловну Ключник за предоставленную возможность выполнить диссертационное исследование в нашем Центре и Председателя диссертационного совета профессора академика РАН Тиганова Александра Сергеевича за согласие принять диссертацию к защите, а также поблагодарить членов диссертационного совета за рассмотрение этого исследования на заседании. Огромная благодарность за проделанную работу моим официальным оппонентам: доктору медицинских наук, Андрею Аркадьевичу Шмиловичу, доктору медицинских наук, Александру Петровичу Коцюбинскому. За проделанную работу по рецензированию этого исследования и его положительную оценку. Благодарна рецензентам - доктору медицинских наук, профессору Галине Петровне Пантелеевой, доктору медицинских наук Наталии Михайловне Михайловой. Особенная благодарность за терпение, поддержку и помощь и в целом труд по моему научному воспитанию хочу выразить моему научному руководителю доктору медицинских наук Дмитрию Владимировичу Романову, а также руководителю отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств НЦПЗ д.м.н., проф., академику РАН Анатолию Болеславовичу Смулевичу. Спасибо всем сотрудникам кафедры за возможность у них учиться, особенно – кандидату медицинских наук Евгении Ивановне Вороновой за искреннее участие. Отдельное спасибо Дмитрию Всеволодовичу Иконникову и организационную помощь. Благодарю мою семью – моих родителей, за их поддержку и помощь, а также моих друзей и коллег, присутствующих в этом зале и всех тех, кто не смог быть здесь сегодня.

В заключение мне хочется поблагодарить ученого секретаря диссертационного совета кандидата медицинских наук Ирину Юрьевну Никифорову за участие и помощь на всех этапах подготовки к апробации и защите. Спасибо.

Председатель: Спасибо, Анна Константиновна. Предлагается счетная комиссия в составе д.б.н., проф. Андрей Федорович Изнак, д.м.н. Александра Николаевна Бархатова и д.м.н., проф. Владимир Вениаминович Калинин. Прошу счетную комиссию приступить к работе.

Производится процедура тайного голосования и подсчет голосов по вопросу присуждения Мухориной А.К. ученой степени кандидата медицинских наук.

Председатель: слово имеет председатель счетной комиссии д.б.н. , проф. Изнак Андрей Федорович,

Председатель счетной комиссии д.б.н., проф. Изнак Андрей Федорович оглашает результаты голосования. На заседании присутствуют 20 из 23 членов диссертационного совета, из них докторов наук по профилю рассматриваемой диссертации – 19. Роздано бюллетеней – 20, не розданных – 3, в урне оказалось – 20 бюллетеней. Результаты тайного голосования по присуждению ученой степени кандидата медицинских наук Мухориной Анне Константиновне: за – 20, против – нет, недействительных бюллетеней – нет.

Председатель: Прошу членов диссертационного совета проголосовать за утверждение протокола счетной комиссии по присуждению Мухориной А.К. ученой степени кандидата медицинских наук.

Протокол заседания счетной комиссии утверждается единогласно.

Проект заключения о диссертации Мухориной А.К. роздан членам совета до начала заседания. Какие будут замечания, дополнения?

Проект заключения принят единогласно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДИССЕРТАЦИОННОГО СОВЕТА

Диссертационный совет отмечает, что на основании выполненных соискателем исследований:

разработана научная концепция, уточняющая психопатологическую структуру дефицитарных изменений типа фершробен;

предложена и верифицирована оригинальная типологическая дифференциация дефицитарных изменений типа фершробен;

доказана перспективность использования предложенной типологии не только с целью верификации прогноза эндогенного заболевания, но и для оказания дифференцированной терапевтической помощи и адаптации обсуждаемого контингента пациентов;

введены новые понятия, обогащающие терминологический аппарат психопатологии за счет таких дефиниций, как «изменения типа фершробен», «первичный дефект-синдром», «дефект по типу второй жизни» и др.

Теоретическая значимость исследования обоснована тем, что:

доказано положение о неоднородности психопатологической структуры изменений типа фершробен; применительно к проблематике диссертации результативно (эффективно, т.е. с получением обладающих новизной результатов) **использованы** психопатологический, патопсихологический, статистический методы;

изложены аргументы, подтверждающие гетерогенную психопатологическую структуру дефицитарных изменений типа фершробен;

раскрыты закономерности течения эндогенного заболевания с выделенными типами дефицитарных изменений типа фершробен;

изучены выделенные в пределах разработанной типологии клинические категории с установлением их дифференцированных клинико-психопатологических, патопсихологических характеристик, показателей социальной и профессиональной адаптации;

проведена модернизация дифференцированных в соответствии с разработанной систематикой диагностических алгоритмов.

Значение полученных соискателем результатов исследования для практики подтверждается тем, что:

разработаны и внедрены в лечебный процесс основанные на результатах исследования терапевтические технологии;

определены перспективы практического использования разработанных дифференциально-диагностических подходов;

созданы практические рекомендации, объединяющие терапевтические алгоритмы, предполагающие дифференцированный комплексный (психофармакотерапия, психотерапия) подход, реализуемый в рамках единой парадигмы;

представлены рекомендации по использованию разработанной психопатологической модели при проведении дальнейших фундаментальных и прикладных исследований дефицитарных расстройств при шизофрении.

Оценка достоверности результатов исследования выявила:

теория, представленная автором, построена на известных положениях об изменениях типа фершробен [Снежневский А.В., 1972; Воробьев В.Ю. 1988; Bleuler E., 1911; Kraepelin E., 1915; Birnbaum K., 1920];

идея базируется на анализе собственных клинических наблюдений: пациентов, обратившихся за медицинской помощью в клинику отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБНУ Научный центр психического здоровья и в психотерапевтическое отделение УКБ №3 ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет);

использованы научные положения зарубежных авторов и отечественных исследователей, и в их числе – сформулированные в публикациях, выполненных под руководством акад. РАН А.Б. Смулевича, сопоставляемые с результатами собственного исследования;

установлено качественное и количественное совпадение результатов, полученных автором, с результатами, имеющимися в научной литературе по данной тематике в случаях, когда такое сравнение являлось обоснованным; в диссертации имеются ссылки на авторов и источники заимствования;

использованы современные методики сбора и обработки исходной информации (психопатологический, патопсихологический, статистический), примененные в клинической выборке, репрезентативной в отношении обсуждаемого контингента пациентов.

Личный вклад соискателя состоит в: непосредственном участии соискателя во всех этапах планирования и выполнения диссертационного исследования. Автором лично выполнен поиск и обзор научной литературы по теме диссертации. В ходе работы автор лично выполнил клинико-психопатологическое обследование больных клинической выборки (75 набл.). При участии автора выполнены патопсихологическое исследование и статистическая обработка данных. Результаты исследования представлялись в виде докладов и публикаций на разных этапах работы и получили одобрение на научных конференциях по теме выполненной работы.

На заседании 15 октября 2018 г. диссертационный совет принял решение присудить Мухориной Анне Константиновне ученую степень кандидата медицинских наук.

При проведении тайного голосования диссертационный совет в количестве 20 человек, из них 19 докторов наук по специальности 14.01.06 – «Психиатрия» (медицинские науки), участвовавших в заседании, из 23 человек, входящих в состав совета, проголосовали: за 20, против - нет, недействительных бюллетеней – нет.

Председатель диссертационного совета,
Д.м.н., проф.
Академик РАН



Тиганов Александр Сергеевич

Ученый секретарь
диссертационного совета,
к.м.н.

Никифорова Ирина Юрьевна

«15» октября 2018 г.