**Совет судей**
**Тверской области**

Брагина ул., д. 1, г. Тверь, 170006
тел. (4822) 41 52 17
tverkks@yandex.ru

26.02.2026 № 03-03/44

На № _____ от _____

Председателям
советов судей судов и субъектов
Российской Федерации

Уважаемые коллеги!

В Совет судей Тверской области поступило обращение председателя Вышневолоцкого межрайонного суда Тверской области Варашева В.В. об оказании добровольной материальной помощи секретарю судебного заседания Вышневолоцкого межрайонного суда Тверской области Кондрашевой Ангелине Геннадьевне в связи с госпитализацией для хирургического лечения в ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко» Минздрава России ее сына Кондрашева Кирилла Павловича, 30.06.2016 г.р., которому поставлен диагноз: фиброзная дисплазия краниофациальной области.

Совет судей Тверской области, ознакомившись с представленными документами, принял решение обратиться к судьям Тверской области и председателям советов судей судов и субъектов Российской Федерации с просьбой об оказании добровольной посильной материальной помощи Кондрашевой А.Г.

Учитывая тяжелую жизненную ситуацию, в которой оказалась семья Кондрашевой А.Г., просим рассмотреть вопрос о возможности сбора денежных средств на лечение Кондрашева Кирилла.

Приложение:

1. Светокопия постановления Совета судей Тверской области от 16.02.2026 № 01 на 1 л. в 1 экз.;
2. Копия обращения председателя Вышневолоцкого межрайонного суда Тверской области Варашева В.В. на 8 л. в 1 экз.

Председатель Совета В.М. Сыромятников

# ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 01
Совета судей Тверской области

16 февраля 2026 года город Тверь

Совет судей Тверской области, рассмотрев обращение председателя Вышневолоцкого межрайонного суда Тверской области Варашева В.В. от 13.02.2026 об оказании помощи в сборе денежных средств для секретаря судебного заседания Вышневолоцкого межрайонного суда Тверской области Кондрашевой Ангелины Геннадьевны в связи с госпитализацией для хирургического лечения в ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. Академика Н.Н. Бурденко» Минздрава России ее сына Кондрашева Кирилла Павловича, 30.06.2016 г.р., которому поставлен диагноз: фиброзная дисплазия краниофациальной области.

Учитывая тяжелую жизненную ситуацию, в которой оказалась семья Кондрашевой А.Г., Совет судей Тверской области

постановил:

1. Обратиться к судьям Тверского областного суда, Арбитражного суда Тверской области, Тверского гарнизонного военного суда, районных/межрайонных/городских судов города Твери и Тверской области, мировым судьям Тверской области с просьбой об оказании добровольной материальной помощи секретарю судебного заседания Вышневолоцкого межрайонного суда Тверской области Кондрашевой А.Г. на лечение сына Кондрашева К.П.
2. Обратиться к председателям советов судей судов и субъектов Российской Федерации с просьбой об организации добровольной материальной помощи секретарю судебного заседания Вышневолоцкого межрайонного суда Тверской области Кондрашевой А.Г. на лечение сына Кондрашева К.П.
3. Копию настоящего постановления направить во все суды Тверской области и советы судей судов и субъектов Российской Федерации.

Председатель Совета В.М. Сыромятников

Безуглой Ю.В.
Информировать в Советы судей РФ 13.02.26

**Вышневолоцкий межрайонный суд Тверской области**

пр. Казанский, д. 18,
г. Вышний Волочёк, Тверская область,
171163
тел.: (48233) 6-12-31
факс: (48233) 6-12-31
vyshnevolocky.twr@sudrf.ru

13.02.2026 № 02-01/2522

На № _____ от _____

Председателю Совета судей Тверской области

Сыромятникову В.М.

Уважаемый Виталий Михайлович!

Прошу оказать содействие в оказании добровольной посильной материальной помощи секретарю судебного заседания Вышневолоцкого межрайонного суда Тверской области Кондрашевой Ангелине Геннадьевне, нуждающейся в дорогостоящем лечении несовершеннолетнего ребенка, Кондрашева Кирилла Павловича, 30.05.2016 года рождения. Согласно медицинскому заключению Кириллу поставлен диагноз: фиброзная дисплазия краниофациальной области, требуется госпитализация для хирургического лечения в ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко» Минздрава России.

Приложение: копия свидетельства о заключении брака на 1 л. в 1 экз.;
копия свидетельства о рождении на 1 л. в 1 экз.;
копия медицинского заключения на 4 л. в 1 экз.;
реквизиты расчетного счета Кондрашевой А.Г. на 1 л. в 1 экз.

С уважением,

Председатель суда В.В. Варашев

СОВЕТ СУДЕЙ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ
16 ФЕВ 2026
Вх. № 21

Гуляева Елена Владимировна,
+7 (48233) 6-28-79

# СВИДЕТЕЛЬСТВО
# О ЗАКЛЮЧЕНИИ БРАКА

Кондрашев
фамилия
Павел Владимирович
имя, отчество
гражданин России
гражданство
русский
национальность (вносится, если указана в записи акта о заключении брака)
« 20 » февраля 1992 г.
дата рождения
г.Вышний Волочек, Тверская область, Россия
место рождения

и Никитина
фамилия
Ангелина Геннадьевна
имя, отчество
гражданка России
гражданство
русская
национальность (вносится, если указана в записи акта о заключении брака)
« 22 » февраля 1994 г.
дата рождения
г.Вышний Волочек, Тверская область, Россия
место рождения

заключили брак 20.07.2013
число, месяц, год (цифрами и прописью)
двадцатого июля
две тысячи тринадцатого года

о чем 2013 года июля месяца 20 числа

составлена запись акта о заключении брака № 177

После заключения брака присвоены фамилии:

мужу Кондрашев

жене Кондрашева

Место государственной регистрации Отдел записи актов
гражданского состояния администрации города
наименование органа записи актов гражданского состояния
Вышний Волочек Тверской области

Дата выдачи « 20 » июля 2013

Руководитель органа
записи актов гражданского состояния И.Б.Шутова

I-ОН № 700229

Гознак, МПФ, Москва, 2011, «В».

# СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ

Кондрашев
фамилия
Кирилл Павлович
имя, отчество
родился(лась) 30/05/2016
число, месяц, год (цифрами и прописью)
тридцатого мая
две тысячи шестнадцатого года
место рождения г.Вышний Волочёк
Тверская область
Россия

о чем 2016 года июня месяца 09 числа
составлена запись акта о рождении № 214

Отец Кондрашев
фамилия
Павел Владимирович
имя, отчество
гражданин России
гражданство
русский
национальность (вносится по желанию отца)

Мать Кондрашева
фамилия
Ангелина Геннадьевна
имя, отчество
гражданка России
гражданство
русская
национальность (вносится по желанию матери)

Место государственной регистрации Отдел записи актов гражданского состояния администрации города Вышний Волочёк Тверской области
наименование органа записи актов гражданского состояния

Дата выдачи «09» июня 2016 г.

М.П.

Руководитель органа записи актов гражданского состояния И.Б.Шутова

I-ОН № 897477

Гознак, МПФ, Москва, 2014, «В».

1г 145мес

ПМУ

ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко» Минздрава России

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
**НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР НЕЙРОХИРУРГИИ ИМЕНИ АКАДЕМИКА Н.Н. БУРДЕНКО**
**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
(ФГАУ "НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко" Минздрава России)

ОГРН: 1027739375080; ИНН/КПП:7710103758/771601001

Вид оплаты ПМУ
17 ОКТ 2025
Платные медицинские услуги

30.05.2016 9 лет

КОНДРАШЕВ КИРИЛЛ ПАВЛОВИЧ № МК 30572-2025-А
16.10.2025 15:04 КОНСУЛЬТАЦИЯ НЕЙРОХИРУРГА

КОНСИЛИУМ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КОНСУЛЬТАЦИЙ.

## Жалобы
На припухлость в правой лобной области.;

## Анамнез заболевания
Со слов: Летом 2025 года мама обратила внмиание на появившуюся у ребенка припухлость в правой лобной области. Ребенок был госпитализирован по месту пребывания, осследован (выполнена КТ головы), консультирован нейрохирургом Нганкамом Л.П., который рекомендовал обратиться к онкологу и нейрохирургу НМИЦН. По данным КТ была выявлена краниофациальная фиброзная дисплазия. ;

## Объективный статус
**Общие сведения**
Общее состояние: удовлетворительное; Дополнительные сведения: СКТ головы от 08.09.2025 выявляет картину поражения правой лобной кости, крыши правой орбиты по типу фиброзной дисплазии.
Клиничеких признаков синдромального заболевания нет. ;
**Состояние органов дыхания**
Тип дыхания: самостоятельное;

## Неврологический статус
**Неврология**
Уровень сознания: ясное; Дополнительные сведения: на момент осмотра очаговой (в том числе нейроофтальмологической) и общемозговой симптоматики не выявлено.Локально отмечается безболезненное уплотнения костей лобной области справа.;

## Диагноз
**Клинический Основной**
Фиброзная дисплазия (избирательная, одной кости). Фиброзная дисплазия краниофациальной области. (M85.0)

## Заключение
У ребенка по данным осмотра и нейровизуализации выявляется распространенная фиброзная дисплазия краниофациальной области справа.
Совместно обсуждена со ст. научн. сотрудником, к.м.н. Медведевой О.А. - показано хирургическое лечение.

Показана госпитализация в 1 детское отделение для хирургического лечения - удаления очага фиброзной дисплазии краниофациальной области справа с реконструктивной пластикой костного дефекта с использованием индивидуального имплантата (PEEK) (см. КП).

Предварительная дата госпитализации - 15.12.2025 .

За 2 недели до планируемой госпитализации необходимо уточнить готовность имплантата.

;

**Рекомендации**

Анализы и справки для пациента и сопровождающего по списку (см. приложение). ;

***Врач-нейрохирург /_____ / САТАНИН ЛЕОНИД АЛЕКСАНДРОВИЧ***

***Врач-нейрохирург /_____ / МЕДВЕДЕВА ОЛЬГА АЛЕКСАНДРОВНА***

***Общество с ограниченной ответственностью «ЮМИКС»***
***ИНН 9718145640/КПП 771801001***

***107023, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Преображенское, ул Малая Семёновская, д. 9, стр. 3, этаж 4, помещение XXIII, ком. 30.***
***Тел. +7(925)722-95-40***
***Эл. почта: info@umix-mk.ru***

07.10.2025 г. г. Москва

**Коммерческое предложение .**

**Заказчик БФ Лицо ребенка**
**Пациент: Кондрашов** К.П.

| № | Наименование Товара | Ед.изм. | Кол-во | Цена руб. | Ставка НДС | Всего сумма руб. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Индивидуальные изделия из PEEK | шт | 1 | 315 000 ,00 | 5% | 315 000 ,00 |
| 2 | 04.503.345 пластина адаптационная, 8 отверстий, толщина 0.5 мм | шт | 6 | 8 400,00 | без НДС | 50 400,00 |
| 3 | 04.503.346 Пластина адаптационная 20 отверстий толщина 0,5 мм | шт | 1 | 13 800,00 | без НДС | 13 800,00 |
| 4 | 04.503.225.04C Винт самосверлящий, d 1.50 мм, длина 5 мм, 4 шт. в клипсе | упак | 5 | 17 400,00 | без НДС | 87 000,00 |
| | | | | | | 466 200,00 |

**Итоговая сумма**: 466 200 (четыреста шестьдесят шесть тысяч двести) рублей 00 коп., в том числе: 151 200,00 (сто пятьдесят одна тысяча двести) руб. 00 коп. без НДС на основании подп. 1 п. 2 ст. 149 НК РФ, 315 000,00 (триста пятнадцать тысяч) руб 00 коп., включая НДС – 5 % - 15 000,00 (пятнадцать тысяч) руб. 00 коп. в связи с применением упрощенной системы налогообложения и использования пониженной ставки НДС на основании пунктов 8 и 9 статьи 164 НК РФ.

Генеральный директор _____ Ю.И. Макарова

«ЮМИКС»

# Предварительная программа медицинских услуг для госпитализации в НМИЦ нейрохирургии им ак. Н.Н. Бурденко Минздрава России

ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко» Минздрава России

**Пациент: Кондрашев Кирилл Павлович** 30.05.2016 г.р.
**Предварительный диагноз:** МКБ-10:M 85.0
**Отделение: 1 отд**
**Дата госпитализации*: 15.12.2025 год.**

| Номенклатурный код | Код | Наименование услуги | Цена 1 услуги, руб. | Кол-во услуг | Сумма, руб. |
|---|---|---|---|---|---|
| **Предгоспитальный скрининг** | | | | | |
| - | **01.010** | Догоспитальные анализы (№ п.08.001-08.005;09.002; 09.008) | **14 000,00** | 1 | **14 000,00** |
| A11.12.009 | **08.001.001** | Взятие крови из периферической вены | **300,00** | 1 | **300,00** |
| | | | | | - |
| | | | | | - |
| | | | | | - |
| | | | | | - |
| | | | | | - |
| | | | | | - |
| | | | | | - |
| | | | | | - |
| | | | | | - |
| **Стационарная медицинская помощь (к/д)** | | | | | - |
| B01.024.001.001 | **01.003.05** | Прием( осмотр, консультация) врача-нейрохирурга, к.м.н. | **5 000,00** | 1 | **5 000,00** |
| A16.23.048.001 | 02.004.097 | Удаление черепно-лицевого новообразования микрохирургическое с пластикой дефекта основания черепа ауто- или искусственными имплантами | **275 000,00** | 1 | **275 000,00** |
| B01.003.004.010.002 | **02.007.003** | Анестезиологическое обеспечение при проведении нейрохирургической операции | **25 000,00** | 1 | **25 000,00** |
| B01.024.000.001 | **03.001** | Ежедневный осмотр лечащим врачом, с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара (койко-место) | **10 000,00** | 10 | **100 000,00** |
| B01.029.001.001 | **01.003.08** | Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога к.м.н. | **5 000,00** | 1 | **5 000,00** |
| B01.028.001.001 | **01.003.07** | Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога к.м.н. | **5 000,00** | 1 | **5 000,00** |
| **Консультации специалистов (непрофильного отделения)** | | | | | |
| A06.23.004 | **04.001** | Компьютерная томография головного мозга | **5 000,00** | 1 | **5 000,00** |
| B03.016.003 | **08.004** | Общий (клинический) анализ крови развернутый, включая ретикулоциты с индексами, тромбоциты с индексами, микроскопию, СОЭ | **1 500,00** | 2 | **3 000,00** |
| B03.016.004 | **09.002** | Анализ крови биохимический общетерапевтический | **3 000,00** | 2 | **6 000,00** |
| | | | | | - |
| **Планируемые мероприятия не вкюченные в стоимость к/д (оперативное вмешательство; анестезиологическое пособие; манипуляции; лучевая, функциональная и лабораторная диагностики, медицинская реабилитация и т.д.)** | | | | | |
| B01.031.001 | **01.004.10** | Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра | **4 000,00** | 1 | **4 000,00** |
| | | | | | |
| B01.051.001 | **01.004.19** | Прием (осмотр, консультация) врача-трансфузиолога | **3 000,00** | 1 | **3 000,00** |
| A18.05.012.000.001 | **05.004** | Гемотрансфузия эритроцитсодержащих сред лейкоредуцированных, единица | **15 500,00** | 1 | **15 500,00** |
| A18.05.012.000.004 | **05.004.003** | Гемотрансфузия криопреципитата лейкоредуцированного, единица | **11 000,00** | 1 | **11 000,00** |
| A16.23.076.001 | **02.006** | Расходные материалы, индивидуальные изделия | **466 200,00** | 1 | **466 200,00** |
| **Расходные материалы, не включенные в стоимость медуслуг. Оплчиваются дополнительно.** | | | | | - |
| | | | | | - |
| | | **Итого:** | | | **943 000,00** |

*** ПРИЧИНА отказа в госпитализации:**

Зав.отделением _____

Исполнитель ОООМП: ФИО исполнителя Клочков Н.М. 17.10.25

ВРАЧ

*) Предварительная Программа платной медицинской помощи не является окончательной и может быть изменена с учетом уточненного диагноза, вида и объема оказанных медицинских услуг и иных затрат на лечение в стационаре.
Оплата осуществляется в порядке 100% предоплаты, с внесением денежных средств в кассу или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Центра. Плательщиком может выступать законный представитель пациента, а также, по согласованию с ним, другое физическое либо юридическое лицо, если в качестве назначения платежа прямо указаны реквизиты Договора, его номер, дата заключения и ФИО пациента. Оплата осуществляется в российских рублях. Стоимость услуг банка при переводе денежных средств на счет организации оплачивается плательщиком самостоятельно.
В случае полной, частичной оплаты медицинской помощи за пациента третьими лицами, для оформления договора с юридическим лицом необходимо направить на электронный адрес dps@nsi.ru уведомление о намерении, гарантийное письмо с указанием точного адреса и реквизитов организации гарантирующая оплату.
Контакты специалистов отдела организации оказания медицинской помощи +7 (499) 972-8699 (доб.2104; доб. 2119); электронная почта dps@nsi.ru

Валюта получаемого перевода: Российский рубль (RUB)

Получатель: КОНДРАШЕВА АНГЕЛИНА ГЕННАДЬЕВНА

Номер счёта: 40817810563001594282

Банк получателя: ТВЕРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ N8607 ПАО СБЕРБАНК

БИК: 042809679

Корр. счёт: 30101810700000000679

ИНН: 7707083893

КПП: 695202001

ОКПО: 09131904

ОГРН: 1027700132195

SWIFT-код: SABRRUM3

Почтовый адрес банка: 170100, ТВЕРЬ, УЛ. ТРЕХСВЯТСКАЯ, 8

Почтовый адрес доп.офиса: 171163, Г.ВЫШНИЙ ВОЛОЧЕК, СИВЕРСОВА УЛИЦА, 16