



Առողջապահության
Նախարարություն
Ministry of Health of the Republic of Armenia



WORLD **DIABETES** FOUNDATION

2-րդ ՏԻՊԻ ՇԱՔԱՐԱՅԻՆ ԴԻԱԲԵՏՈՎ ՊԱՑԻԵՆՏՆԵՐԻ ՎԱՐՄԱՆ ԱԼԳՈՐԻԹՄՆԵՐ

**առողջության առաջնային պահպանման օղակի
բժիշկների, ներգատաբանների, սրտաբանների
և կլինիկական օրդինատորների համար**

հիմնված ՀՀ առողջապահության նախարարի
հրամանով հաստատված

**2-րդ տիպի շաքարային դիաբետով պացիենտների
ախտորոշման և վարման կլինիկական ուղեցույցի վրա**

2023



Առողջապահության
Նախարարություն
Ministry of Health of the Republic of Armenia



WORLD **DIABETES** FOUNDATION

2-րդ ՏԻՊԻ ՇԱՔԱՐԱՅԻՆ ԴԻԱԲԵՏՈՎ ՊԱՑԻԵՆՏՆԵՐԻ ՎԱՐՄԱՆ ԱԼԳՈՐԻԹՄՆԵՐ

**առողջության առաջնային պահպանման օղակի բժիշկների,
ներգատաբանների, սրտաբանների և կլինիկական օրդինատորների համար**

հիմնված ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանով հաստատված
**2-րդ տիպի շաքարային դիաբետով պացիենտների ախտորոշման և վարման
կլինիկական ուղեցույցի վրա**

Հեղինակներ՝

Նաիրա Գոգյան Վ., բժիշկ-էնդոկրինոլոգ, բ.գ.թ., ՀՀ ԱՆ խորհրդատու
էնդոկրինոլոգիայի գծով

Սամվել Հայրումյան Ա., բժիշկ-սրտաբան, ընտանեկան բժիշկ, ՀՀ ԱՆ խորհրդատու
ընտանեկան բժշկության գծով

«2-րդ տիպի շաքարային դիաբետով պացիենտների ախտորոշման և վարման կլինիկական ուղեցույցը» մշակվել է «Հայաստանի շաքարախտի ազգային ծրագիր և կուրության կանխարգելում դիաբետիկ ռետինոպաթիայից» ծրագրի շրջանակներում, որն իրականացվում է ՀՀ-ում 2020-2024թթ «Հայկական ակնաբուժության նախագիծ» բարեգործական հիմնադրամի կողմից՝ Շաքարախտի համաշխարհային հիմնադրամի ֆինանսավորմամբ և ՀՀ առողջապահության նախարարության հետ գործակցությամբ: Ուղեցույցը հաստատված է ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանով:

Ուղեցույցի հիման վրա մշակվել են ալգորիթմներ՝ ՀՀ առողջապահության նախարարության Էնդոկրինոլոգիայի և ընտանեկան բժշկության գծով խորհրդատուների կողմից: Ալգորիթմները նախատեսված են առողջության առաջնային պահպանման օղակի բժիշկների, ներգատաբանների, սրտաբանների և կլինիկական օրդինատորների համար:

«10» մայիս 2023թ.

No 2327 - Լ

**2-ՐԴ ՏԻՊԻ ՇԱՔԱՐԱՅԻՆ ԴԻԱԲԵՏՈՎ ՊԱՑԻԵՆՏՆԵՐԻ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ԵՎ ՎԱՐՄԱՆ
ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑԸ ՀԱՍՏԱՏԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ**

Հիմք ընդունելով «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին»
օրենքի 2-րդ հոդվածի 1-ին մասի 30-րդ կետը.

ՀՐԱՄԱՅՈՒՄ ԵՄ

1. Հաստատել 2-րդ տիպի շաքարային դիաբետով պացիենտների ախտորոշման և վարման կլինիկական ուղեցույցը՝ համաձայն Հավելվածի:
2. Առողջապահության նախարարության հասարակայնության հետ կապերի բաժնի պետ Լիլիթ Բաբախանյանին՝ ապահովել սույն հրամանի տեղադրումը Առողջապահության նախարարության պաշտոնական կայքում:
3. Սույն հրամանի կատարման հսկողությունը հանձնարարել Առողջապահության նախարարի տեղակալ Արտակ Զումայանին:
4. Սույն հրամանն ուժի մեջ է մտնում հրապարակմանը հաջորդող օրվանից:

Ա. ԱՎԱՆԵՍՅԱՆ

Օգտագործված գրականության ցանկ

1. 2-րդ տիպի շաքարային դիաբետով պացիենտների ախտորոշման եւ վարման Կլինիկական ուղեցույց, ԶԶ, 2023թ.
2. American Association of Clinical Endocrinology Consensus Statement: Comprehensive Type 2 Diabetes Management Algorithm, 2023 Update
3. European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetes Care, 2022
4. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension
5. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes

Նախադիաբետի սքրինինգի, ախտորոշման և բուժման մոտեցումները

Նպատակը՝ Տիպ 2 ՇԴ-ի, սիրտանոթային հիվանդությունների զարգացման ռիսկի իջեցում

Նախադիաբետի զարգացման հիմնական ռիսկի գործոնները

- տարիք ≥ 40 տ.,
- ավելորդ քաշ կամ ճարպակալում մեծահասակների մոտ (մարմնի զանգվածի ցուցանիշ ≥ 25 կգ/մ²),
- առաջին կարգի հարազատ, որն ունի ՇԴ,
- անամնեզում սիրտանոթային հիվանդություններ,
- ՉԳ՝ $\geq 140/90$ մմ.սս. կամ ստանում են բուժում ՉԳ կապակցությամբ,
- խոլեստերինի հետևյալ ցուցանիշներ. ԲԽԼ- խ $< 0,90$ մմոլ/լ (35 մգ/դլ) կամ եռգլիցերիդների մակարդակ՝ $> 2,82$ մմոլ/լ (250 մգ/դլ),
- խիստ ցածր ֆիզիկական ակտիվության ցուցանիշներ ունեցող մարդիկ
- անամնեզում ձվարանների պոլիկիստոզի համախտանիշ,
- գեստացիոն ՇԴ ախտորոշմամբ կանայք

Սքրինինգ՝ ռիսկի գործոնների հիման վրա

Նախադիաբետի ախտորոշումը (գլյուկոզայի տանելիության խանգարում, քաղցած գլիկեմիայի խանգարում)

- Մզևթ. արյուն՝ $\geq 5,6 < 6,1$ մմոլ/լ, երակային պլազմա՝ $\geq 6,1 < 7,0$ մմոլ/լ
 - ԳՏԲԹ-ից 2 ժամ հետո գլյուկոզա՝ $\geq 7,8$ և $< 11,1$ մմոլ/լ
 - HbA1c 6,0–6,4%, հաջորդիվ ԳՏԲԹ-ի իրականացումով

Սիրտանոթային ռիսկի նվազեցում:
Հավելյալ քաշի նվազեցում, ՁԾ իջեցում, լիպիդային սպեկտրի կարգավորում:

Դիտարկել մետֆորմինի նշանակումը 500-850 մգ 2 անգամ/օրը (հատկապես ≥ 35 կգ/մ² ՄՁՑ ունեցողների, < 60 տարեկանների և գեստացիոն դիաբետի պատմություն ունեցող կանանց մոտ): Լավ տանելիության դեպքում դիտարկել ակարբոզան: Նախադիաբետով պացիենտը դիսպանսեր հսկողության տակ է ամբողջ կյանքում:

Ապրելակերպի մոդիֆիկացում

Մարմնի զանգվածի նվազեցում	Անհատական է, սովորաբար՝ քաշի 5-7%-ը, հավելյալ քաշի կամ ճարպակալման դեպքում:
Սննդակարգի փոփոխություն	Կալորիաների կրճատումներ օրը 500–1000 կկալ-ով՝ ճարպերի և պարզ ածխաջրերի քանակի իջեցման հաշվին:
Ֆիզիկական ակտիվություն	Խորհուրդ է տրվում 30-60 րոպե տևողությամբ աերոբ վարժություններ շաբաթական առնվազն 3 անգամ, գերադասելի է ամեն օր շաբաթական առնվազն 150 րոպե ընդհանուր տևողությամբ: Նույնիսկ շաբաթական 30 րոպե չափավոր ինտենսիվության վարժությունները բարելավում են նյութափոխանակությունը:
Վերահսկում	Օրագրի վարում. կերած սնունդ, սննդաբաժնի ծավալ, կալորիաներ, ֆիզիկական ակտիվության տեսակ և տևողություն, քայլք:
Այլ	Հրաժարվել ծխելուց, ալկոհոլից, քնի հիգիենա և սթրեսի իջեցում:

Մետֆորմին
Երկարատև թերապիայի ընթացքում գնահատել վիտամին B12-ի անբավարարությունը:

Կենսակերպի փոփոխությունն ուղղակիորեն ավելի շատ է փոքրացնում տիպ 2 ՇԴ-ի զարգացման ռիսկը, քան մետֆորմինը:

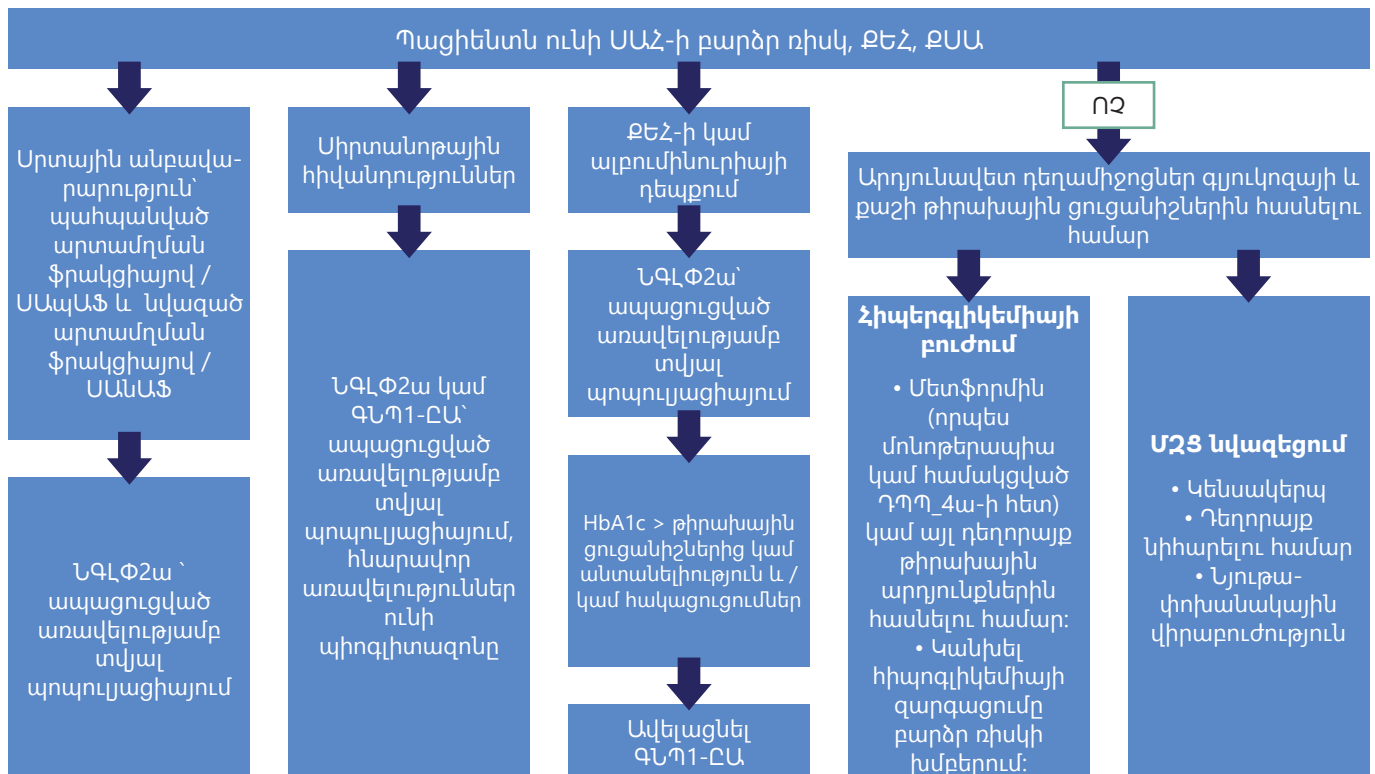
Շաքարիչեցնող դեղերի ընտրության անհատականացում

Տիպ 2 ՇԴ-ի բուժման ալգորիթմները՝ պայմանավորված գերակշռող կլինիկական խնդրով

Կենսակերպի փոփոխությունը Տիպ 2 ՇԴ-ի բուժման հիմքն է, իսկ պացիենտի ուսուցումը և խրախուսումը պետք է սկսվեն անհապաղ և ուղեկցվեն նրան ամբողջ բուժման ընթացքում

Պացիենտի համար ընտրել HbA1c-ի անհատական մակարդակ, սովորաբար՝ $< 7,0\%$ (≤ 53 մմոլ/մոլ), եթե կա ՍԻՀ և/կամ ծանր հիպոգլիկեմիայի ռիսկ՝ HbA1c-ի $< 7,5\%$ -ը, բայց պարբերաբար հսկել: Մետֆորմինը համարվում է 1-ին ընտրության դեղ բուժումը սկսելու համար և հիմք՝ ցանկացած դեղորայքային համադրության համար:

Դեղորայքի ընտրությունը կատարվում է՝ ելնելով գերակշռող կլինիկական խնդրից:



Հաշվի առնել պացիենտի հիմնական կլինիկական նշանները (անհատական ընտրություն)

Ճարպակալում

Նախընտրելի. ԳԼՊ1-ԸԱ, ՆԳԼՓ2ա, մետֆորմին
Զեզոք. ԴՊՊ_4ա

Հիպոգլիկեմիայի բարձր ռիսկ

Նախընտրելի. մետֆորմին, ԴՊՊ_4ա, ԳԼՊ1-ԸԱ, ՆԳԼՓ2ա, ԹԶԴ

Բարձր տարիք. բարենպաստ անվտանգության պրոֆիլը ԴՊՊ_4ա

Ոչ ռացիոնալ համադրություններ

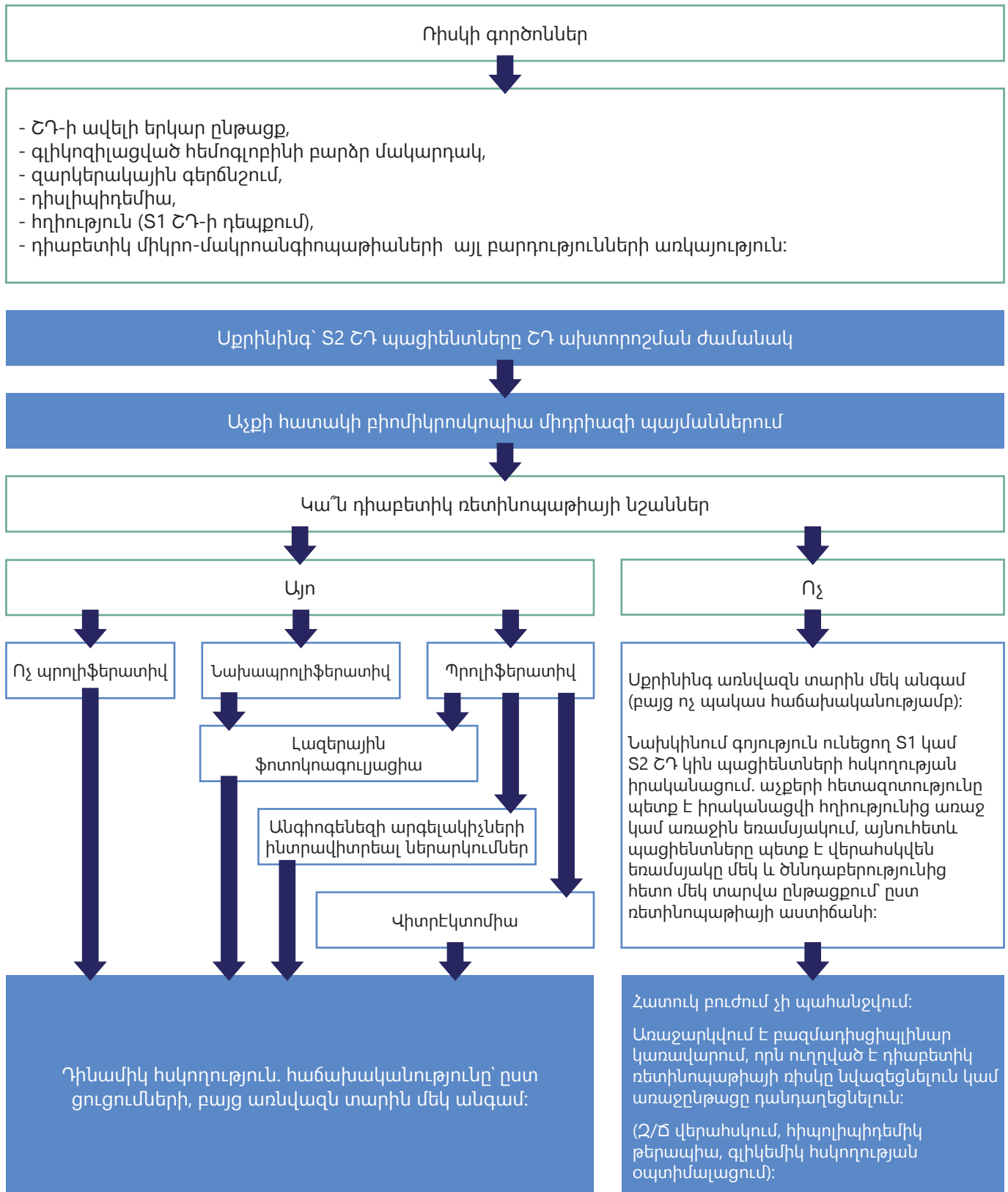
- սուլֆոնիլ-միզանյութի ածանցյալներ (ՍՄԱ) + գլիխիդ,
- ԳԼՊ1-ԸԱ + ԴՊՊ_4ա,
- 2 սուլֆոնիլ-միզանյութի ածանցյալներ (ՍՄԱ),
- ԹԶԴ + ինսուլին*,
- կարճ գործող ինսուլին + ԴՊՊ_4ա կամ գլիխիդ կամ սուլֆոնիլ-միզանյութի ածանցյալներ,

* Բացառությամբ հաստատված ինսուլինառեգիստենտականության դեպքում:

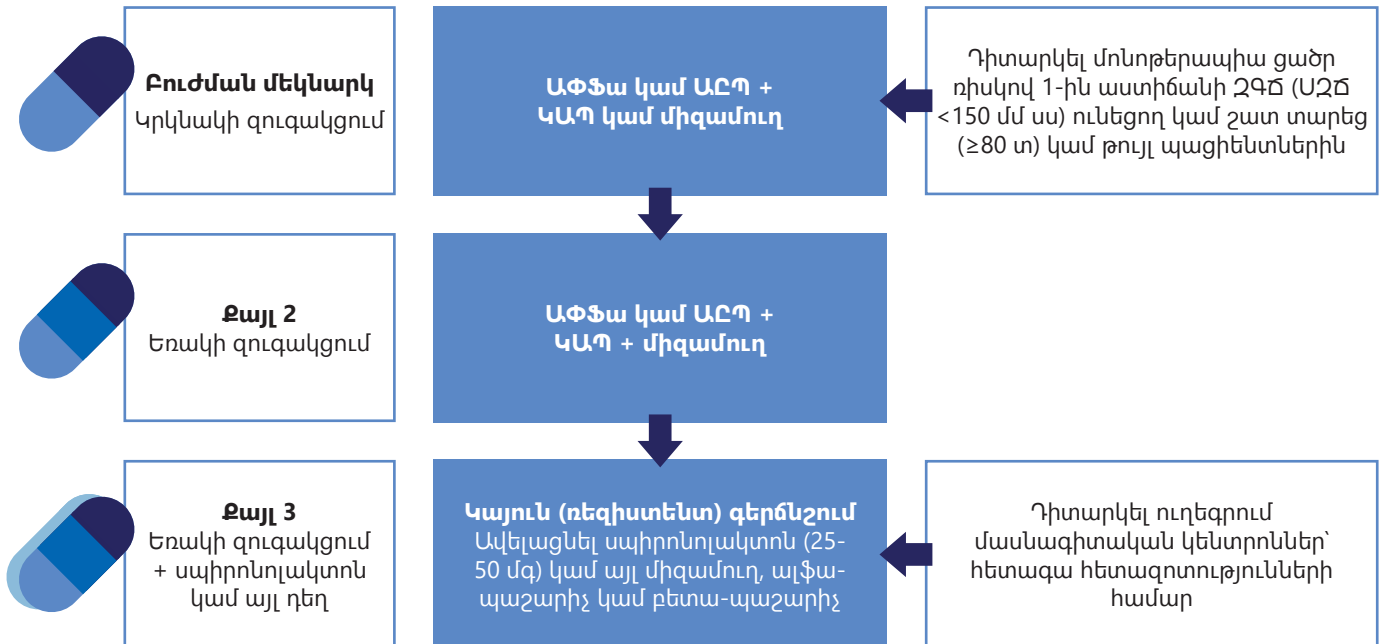
Արդյունավետություն	Գլյուկոզայի նվազեցում	Քաշի իջեցում
Շատ բարձր	դուրազուտիդ սեմազուտիդ տիրազուտիդ	սեմազուտիդ տիրազուտիդ
Բարձր	Այլ ազոնիստներ ԳԼՊ1-ԸԱ, սուլֆոնիլ-միզանյութի ածանցյալներ, թիազոլիդիլոններ	դուրազուտիդ լիրազուտիդ
Արտահայտված	ԴՊՊ_4ա	Այլ ազոնիստներ ԳԼՊ1-ԸԱ, ՆԳԼՓ2ա
Զեզոք		ԴՊՊ_4ա մետֆորմին

Թրոմբոցիտների արգելակում	ՉԾ	Գլիկեմիկ հսկողություն HbA1c	Լիպիդային պրոֆիլ
Ասպիրին (վատ տանելիության դեպքում՝ կլոպիդոգրել), բարձր/շատ բարձր սիրտանոթային ռիսկով ՇՐ պացիենտներին:	- Թիրախային ՍԶԾ 130 մմ սս մեծահասակների մեծ մասի համար, < 130 մմ սս, եթե լավ տանելի է, բայց ոչ < 120 մմ սս: - Ավելի քիչ խիստ թիրախներ, ՍԶԾ 130 – 139 մմ սս տարեց պացիենտների համար (65 տարեկանից բարձր) - Դիաստոլիկ ՉԾ (ԴԶԾ) թիրախը < 80 մմ սս է, բայց ոչ < 70 մմ սս:	- Մեծահասակների մեծամասնության համար HbA1c թիրախը < 7,0% է (< 53 մմոլ/մոլ) - Ավելի խիստ HbA1c նպատակներ՝ < 6,5% (48 մմոլ/մոլ) կարող են առաջարկվել անհատական հիմունքներով, եթե դրանց հնարավոր լինի հասնել առանց նշանակալի հիպոգլիկեմիայի կամ բուժման այլ կողմնակի ազդեցությունների: - Ավելի քիչ խիստ HbA1c նպատակները՝ < 8% (64 մմոլ/մոլ) կամ ≤ 8.5% (69 մմոլ/մոլ) կարող են համարժեք լինել տարեց պացիենտների համար (մանրամասները՝ էջ 11):	- Շատ բարձր սիրտանոթային ռիսկով ՇՐ պացիենտների մոտ թիրախային ՑԽԼ-ի-ն միևնույն < 1,4 մմոլ/լ (< 55 մգ/դլ) կամ ՑԽԼ-ի-ի առնվազն 50% նվազում: - Բարձր սիրտանոթային ռիսկով ՇՐ պացիենտների մոտ թիրախային ՑԽԼ-ի-ն միևնույն < 1,8 մմոլ/լ (< 70 մգ/դլ) կամ ՑԽԼ-ի-ի առնվազն 50% նվազում: - Միջին սիրտանոթային ռիսկով ՇՐ պացիենտների մոտ ՑԽԼ-ի թիրախը < 2,6 մմոլ/լ (< 100 մգ/դլ) - Խստացնել կենսակերպի թերապիան և գլիկեմիկ հսկողությունը եռգլիցերիդների բարձր մակարդակով ($\geq 1,7$ մմոլ/լ [150 մգ/դլ]) և/կամ ԲԽԼ-ի ցածր մակարդակով (< 1,0 մմոլ/լ [40 մգ/դլ] տղ., < 1,3 մմոլ/լ [50 մգ/դլ] կն.) պացիենտների մոտ:
Ծխելը	Ֆիզիկական ակտիվություն	Քաշ	Սննդային սովորություններ
Դադարեցումը պարտադիր է:	Միջինից առույգ, ≥ 150 րոպե/շաբաթական, համակցված աէրոբիկ և ուժային վարժություններ:	Քաշի կայունացման թիրախ գեր կամ ավելորդ քաշով ՇՐ պացիենտների դեպքում՝ հիմնված կալորիականության հավասարակշռության վրա, և քաշի նվազեցման թիրախ գյուլկոզի տանելիության խանգարումով պացիենտների դեպքում՝ կանխելու ՇՐ-ի զարգացումը:	- Տ2 ՇՐ-ով գեր պացիենտներին խորհուրդ է տրվում նվազեցնել կալորիաների ընդունումը՝ մարմնի քաշը նվազեցնելու համար: - ՇՐ-ով բոլոր մարդկանց համար ածխաջրերից, սպիտակուցներից և ճարպերից ստացված կալորիաների իդեալական տոկոսային հարաբերակցությունն չկա:

ՇՐ տիպ 2 և դիաբետիկ ռետինոպաթիա

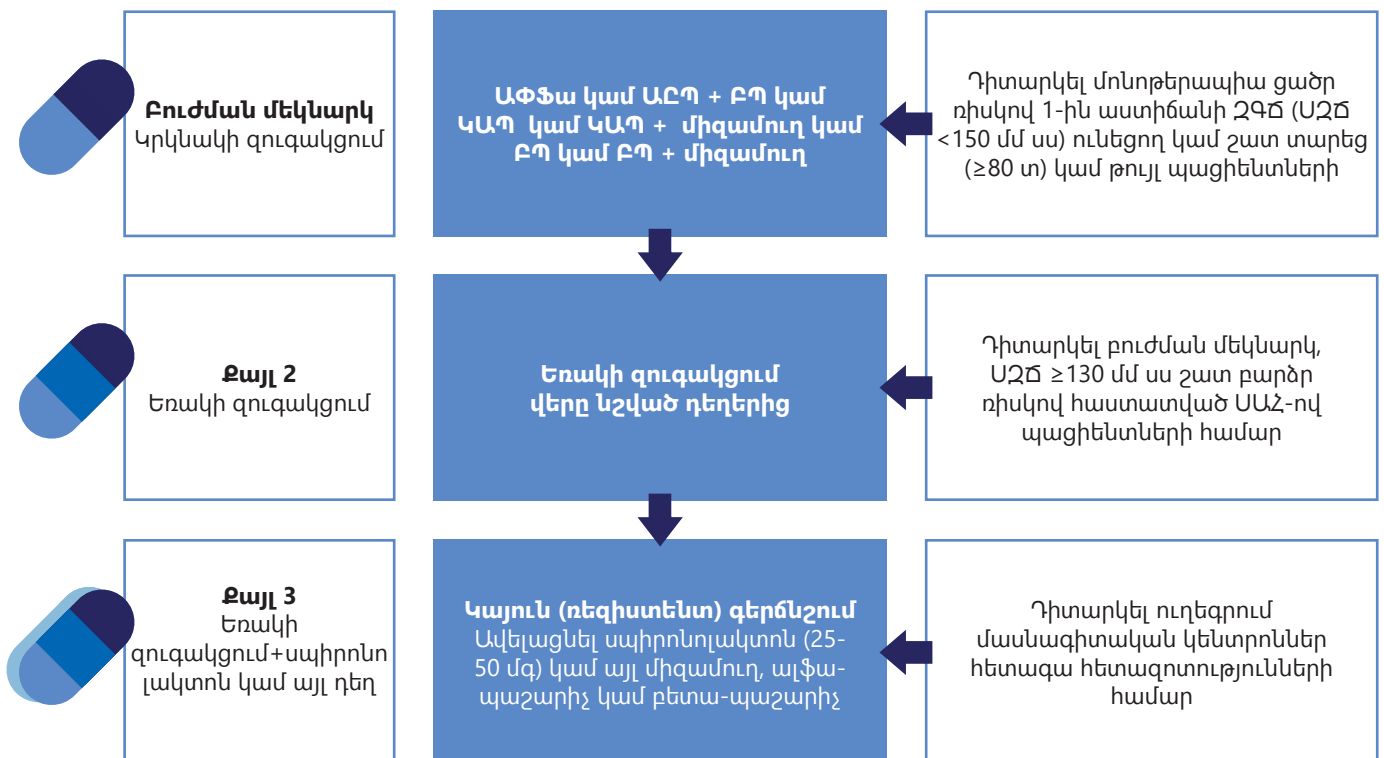


Զբարդացած ՉԳՃ, ՉԳՃ և ուղեղանոթային հիվանդություններ, ՉԳՃ և ծայրամասային անոթային հիվանդություններ, ՉԳՃ և շաքարային դիաբետ, ՉԳՃ և թիրախ օրգանների ախտահարումներ



Բետա-պաշարիչներ (ԲՊ)
Դիտարկել բետա-պաշարիչներ ցանկացած քայլում, երբ կան դրանց համար հատուկ ցուցումներ, օր.՝ սրտային անբավարարություն, կրծքահեղձուկ, ՍԻ, ՆՇ կամ երիտասարդ կին՝ հղիության ամկայությամբ կամ պլանավորմամբ

ՉԳՃ և սրտի իշեմիկ հիվանդություն



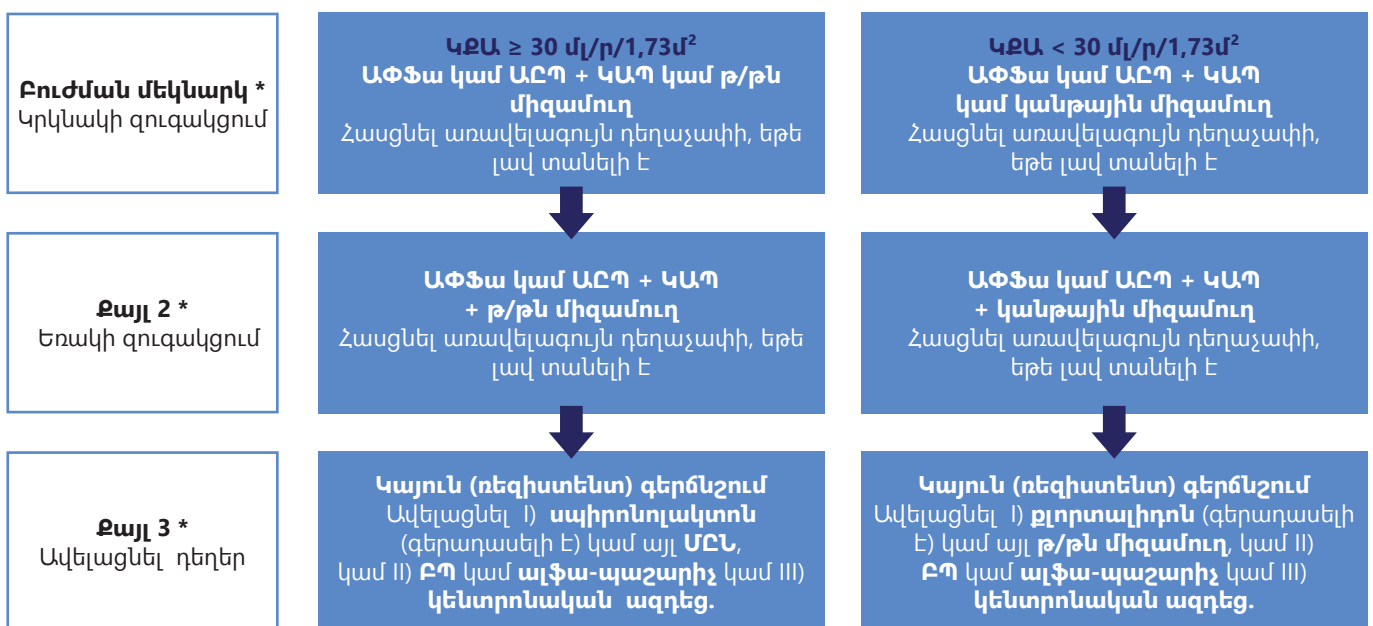
ՀԳՃ և Նախասրտերի շողացում



*Թիրախային ռիթմը դիտարկել 80 գ/ր-ից ցածր, եթե ԲՊ հակացուցված են կամ լավ տանելի չեն, դիտարկել ոչ-ԴՀՊ-ԿԱՊ-ի կիրառում ԴՀՊ-ԿԱՊ-ի փոխարեն:

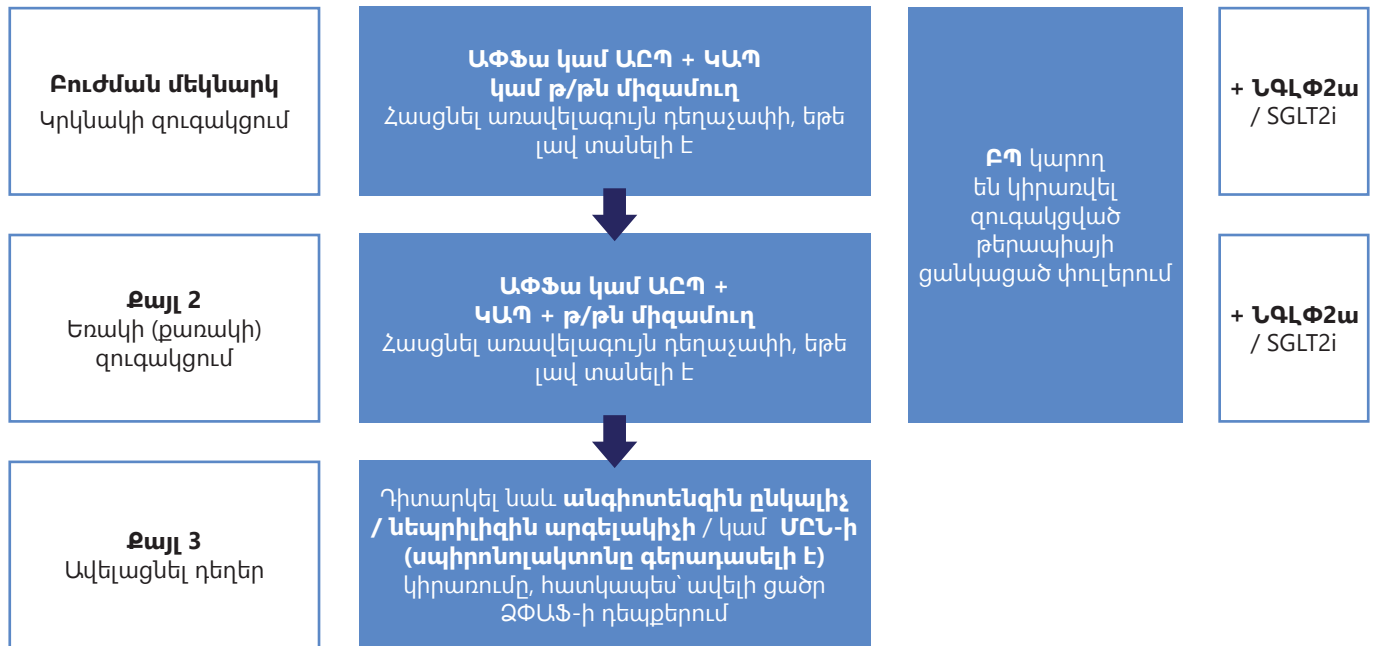
- Ավելացնել բերանային ընդունման հակամակարդիչներ՝ ըստ CHA2DS2-VASc սանդղակի, եթե հակացուցում չունեն:
- ԲՊ-ի և ոչ-ԴՀՊ-ԿԱՊ-ի (օր.՝ վերապամիլ կամ դիլթիազեմ) ռուտին զուգակցումը խորհուրդ չի տրվում պայմանավորված սրտի ռիթմի նշանակալի նվազեցման հնարավորությամբ:

ՀԳՃ և քրոնիկ երիկամային հիվանդություն

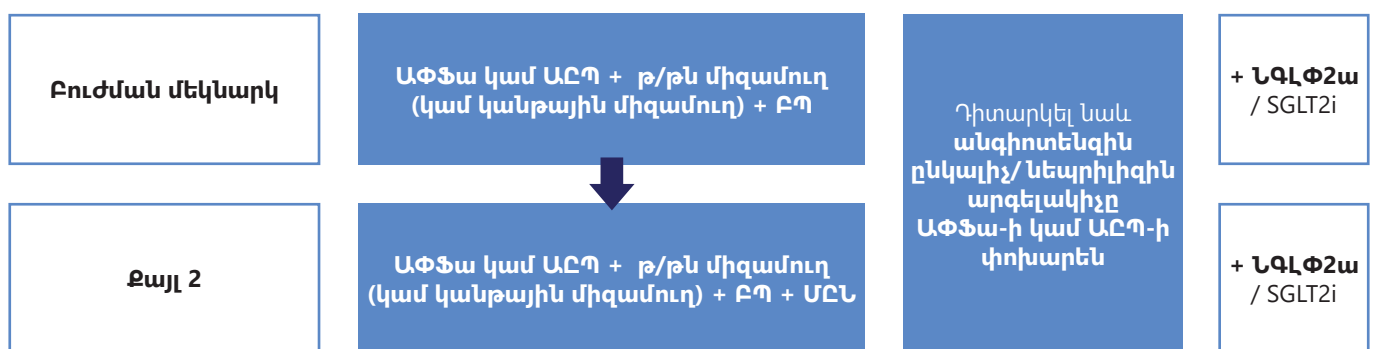


* **ՆԳԼՓ2ա / SGLT2i**

ԶԳՃ և սրտային անբավարարություն՝ պահպանված արտամղման ֆրակցիայով / HFpEF

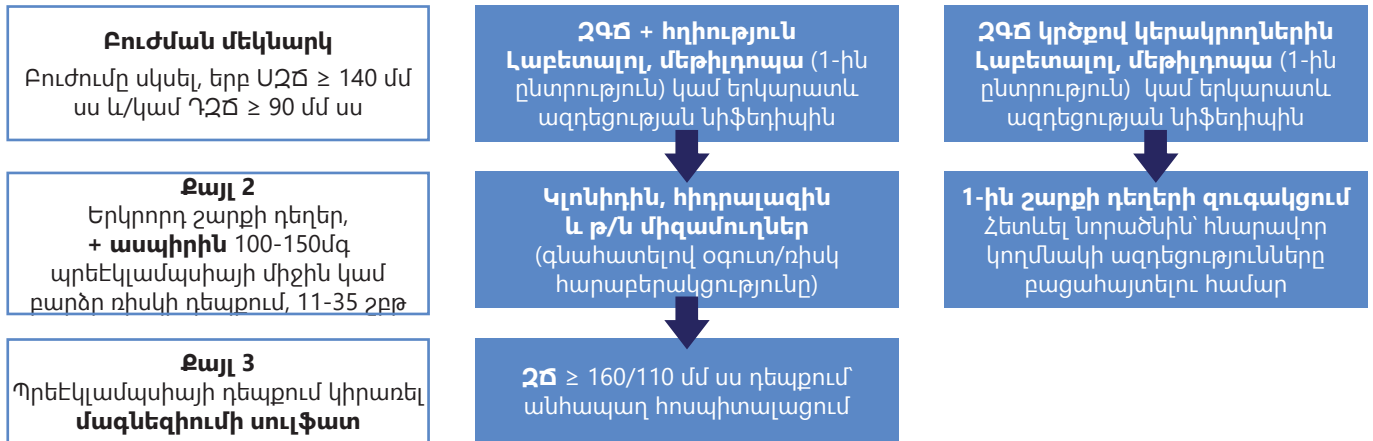


ԶԳՃ և սրտային անբավարարություն՝ նվազած արտամղման ֆրակցիայով / HFrEF

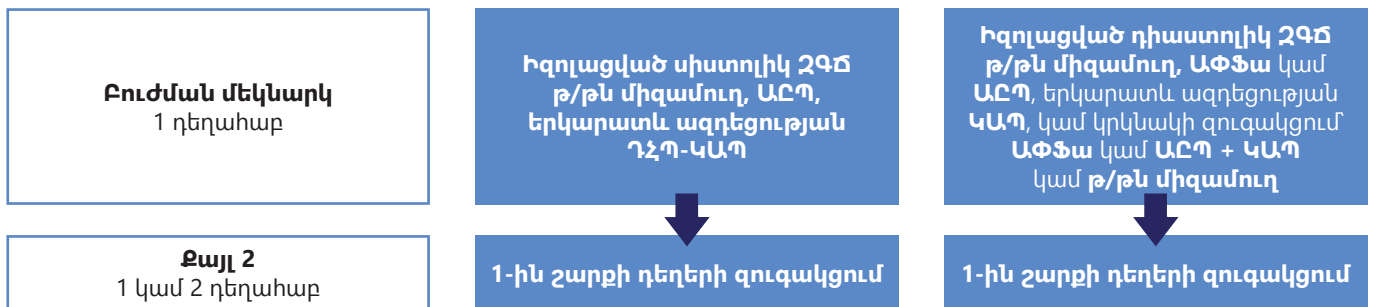


Խուսափել ոչ-ԴՆԴ-ԿԱՊ կիրառումից (օր.՝ վերապամիլ կամ դիլթիազեմ)

ԶԳՃ և հղիություն կամ կրծքով կերակրում



Իզոլացված սիստոլիկ և դիաստոլիկ ԶԳՃ



ԱՓՖա - Անգիոտենզին փոխակերպող ֆերմենտի արգելակիչներ / ACEi

ԱԸՊ - Անգիոտենզինային ընկալիչների պաշարիչներ / ARB

ԴՀՊ-ԿԱՊ - Դիհիդրոպիրիդինային կալցիումային անցուղու պաշարիչներ / DHP-CCB

ԲՊ - Բետա-պաշարիչներ / BB

ՄԸՆ - Միներալոկորտիկոիդային ընկալիչների ներհակորդներ / MRA

Թ/թն - թիազիդ / թիազիդանման

ԳՆՊ1-ԸԱ - Գլյուկագոնանման պեպտիդ-1 ընկալիչների ագոնիստներ / GLP1-RA

ԴՊՊ-4ա - Դիպեպտիդիլ պեպտիդազ-4 արգելակիչներ / DPP-4i

ԳՏԲԹ - Գլյուկոզի տանելիության բերանային թեստ

ԹՀԴ - Թիազոլիդինիոններ / TZD

ՆԳԼՓՀա - Նատրիում-գլյուկոզի համափոխադրիչ-2 արգելակիչներ /SGLT2i

ՆՇ - Նախասրտերի շողացում

ԶԳ - Չարկերակային գերճնշում

ԶՓԱՖ - Չախ փորոքի արտամղման ֆրակցիա / LVEF

ՄԶՑ - Մարմնի զանգվածի ցուցանիշ / BMI

ԲԽԼ-Խ - Բարձր խտության լիպոպրոտեին-խոլեստերոլ / HDL-C

ՑԽԼ-Խ - Ցածր խտության լիպոպրոտեին-խոլեստերոլ / LDL-C

ԶԵՀ - Զրոնիկ երիկամային հիվանդություն / CKD

ԶՍԱ - Զրոնիկ սրտային անբավարարություն

ՍԱՆԱՖ - Սրտային անբավարարություն նվազած արտամղման ֆրակցիայով / HFrEF

ՍԱԿԱՖ - Սրտային անբավարարություն պահպանված արտամղման ֆրակցիայով / HFpEF

Ամբուլատոր ՉԾ բուժման թիրախային ցուցանիշները

Տարիքային խումբ	Ամբուլատոր ՍԶԾ բուժման թիրախային ցուցանիշները (մմ սս)					Ամբուլատոր ՂԶԾ բուժման թիրախային ցուցանիշները (մմ սս)
	ԶԳԾ	+ դիաբետ	+ թեչ	+ ՍԻՀ	+ ինսուլտ (սախկինում) /անցողիկ իշեմիկ գրոհ	
18-65 տ.	Մինչև 130 կամ ավելի ցածր, եթե լավ է տարվում Ոչ <120	Մինչև 130 կամ ավելի ցածր, եթե լավ է տարվում Ոչ <120	<140, մինչև 130 եթե լավ է տարվում	Մինչև 130 կամ ավելի ցածր, եթե լավ է տարվում Ոչ <120	Մինչև 130 կամ ավելի ցածր, եթե լավ է տարվում Ոչ <120	70-79
65-79 տ.	Մինչև 130-139 , եթե լավ է տարվում	Մինչև 130-139 , եթե լավ է տարվում	Մինչև 130-139 , եթե լավ է տարվում	Մինչև 130-139 , եթե լավ է տարվում	Մինչև 130-139 , եթե լավ է տարվում	70-79
≥ 80 տ.	Մինչև 130-139 , եթե լավ է տարվում	Մինչև 130-139 , եթե լավ է տարվում	Մինչև 130-139 , եթե լավ է տարվում	Մինչև 130-139 , եթե լավ է տարվում	Մինչև 130-139 , եթե լավ է տարվում	70-79
Ամբուլատոր ՂԶԾ բուժման շեմային ցուցանիշները (մմ սս)	70-79	70-79	70-79	70-79	70-79	

ՉԾ թիրախային ցուցանիշներին հասնելիս այցելել բժշկին առնվազն 6 ամիսը մեկ:

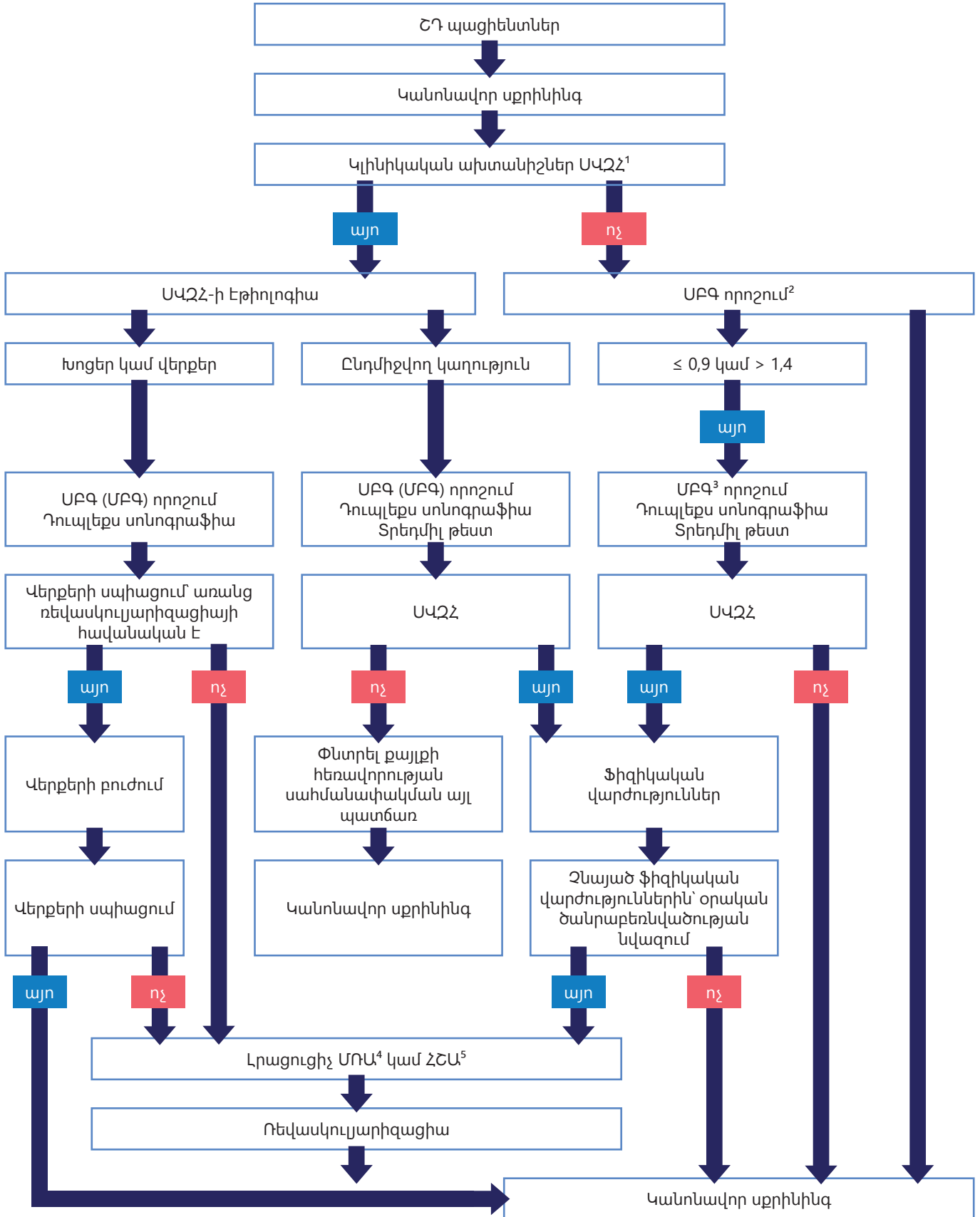
ՉԾ թիրախային ցուցանիշներին չհասնելիս այցելել բժշկին առնվազն 1-2 ամիսը:

Ավելի հաճախ պետք է այցելեն ախտանիշներով, հակազերճնչումային դեղերի վատ տանելիությամբ, ԹՕԱ-ով պացիենտները:

ԽճԱ1c-Ի ՄԱԿԱՐԴԱԿՈՎ ԹԻՐԱԽԱՅԻՆ ԹԵՐԱՊԻԱՅԻ ԱՆՀԱՏԱԿԱՆ ԸՆՏՐՈՒԹՅԱՆ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐ

Պացիենտների կատեգորիաներ / Կլինիկական բնութագրեր/ռիսկեր	Երիտասարդ տարիք (մինչև 44 տ.)	Միջին տարիք (44-60 տ.)	Տարեց տարիք			
			Ֆունկցիոնալ անկախ	Ֆունկցիոնալ կախվածություն		
Զկա աթերոսկլերոտիկ սրտանոթային հիվանդություն և/կամ ծանր հիպոգլիկեմիայի ռիսկ	< 6,5%	< 7,0%	< 7,5%	Առանց ծերունական ասթենիայի և/կամ դեմենցիա	Ծերունական ասթենիա և/կամ դեմենցիա	Կյանքի վերջին փուլը
Կա աթերոսկլերոտիկ սրտանոթային հիվանդություն և/կամ ծանր հիպոգլիկեմիայի ռիսկ	< 7,0%	< 7,5%	< 8,0%	< 8,0%	< 8,5%	Խուսափել հիպո- և հիպերգլիկեմիկ ախտանիշներից

ՇԴ պացիենտների ՍՎՀՀ սքրինինգ և վարում



² ՄԲԳ - Սրունք-բազկային գործակից / ABI

³ ՄԲԳ - Մատ-բազկային գործակից / TBI

⁴ ՄՌԱ – Մազկիսառեզոնանսային անգիոգրաֆիա / MRA

⁵ ՀՀԱ – Համակարգչային շերտագրություն-անգիոգրաֆիա / ՀԱ



«Հայկական ակաբուժության նախագիծ» բարեգործական հիմնադրամ

ՀՀ, ք. Երեւան, Մերգեյ Մերգեյան փողոց, տուն 7

010 55 90 68

aecp@aecp.am

www.aecp.am