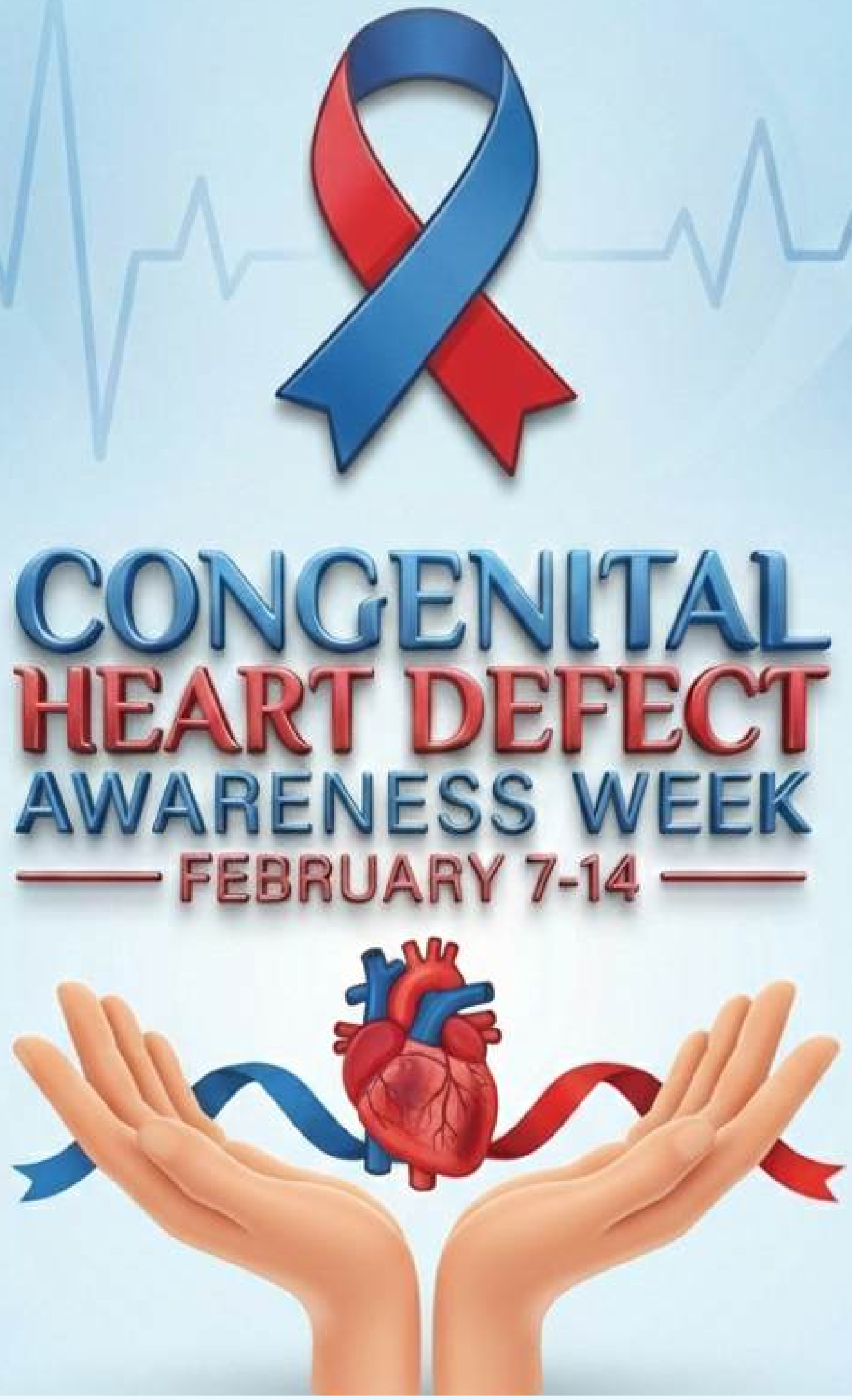
હાર્ટ ટુડે

"આપના હૃદય ને જાણો,
તંદુરસ્ત ભવિષ્ય માટે"

ન્યુઝ બુલેટિન | અંક : ૫૪ | ફેબ્રુઆરી, ૨૦૨૬



FOR INTERNAL CIRCULATION ONLY

અંક મેળવવા સ્કેન કરો

યુ.એન. મહેતા ઇન્સ્ટિટ્યૂટ ઓફ કાર્ડિયોલોજી એન્ડ રિસર્ચ સેન્ટર

www.unmicrc.org

સફળતા

ત્યારે શ્રેષ્ઠ હોય છે જ્યારે તે વહેંચવામાં આવે

Certificate of Excellence

Presented by MedGate today Magazine

16th MT INDIA HEALTHCARE AWARDS 2026

HONOURING EXCELLENCE

IN ASSOCIATION WITH MEDICAL FAIR INDIA | MEDICARE ASIA

Powered by AMG ADVANCE MEDIA GROUP — A HEALTHY JOURNALISM

The Grand Jury Panel and the Board of **MedGate Today** are pleased to confer upon

Winner

U.N. Mehta Institute of Cardiology & Research Centre

The title of

Best Single Specialty Hospital of the Year (Cardiology)

Presented on 30th January 2026, Bharat Mandapam, New Delhi

Md. Afzal Kamal — Founder & Editor Medgate Today, Chairman - MT India Healthcare Awards

Dr. Minnie Bodhanwala — CEO, Wadia Hospitals

Dr. Ashoo Grover — Deputy Director General, Indian Council of Medical Research

Dr. (Prof.) D.S. Rana — Chairman & Board of Trustee, Sir Ganga Ram Hospitals

Dr. Sandeep Bansal — Director, Vardhman Mahavir Medical College & Medical superintendent, Safdarjung Hospital

Dr. (Prof.)Mohsin Wali — Padma Shri, Physician to Former Presidents of India

Mr. Rajiv Nath — Forum Coordinator AiMed & Managing Director Hindustan Syringes & Medical Device Pvt. Ltd.

Mr. Rudi Gall — VP Business Development SC EMEA & Global Pharma

જાગૃતિનો વિષય- કાર્ડિયાક રિહેબની વિગતો અને મહત્વ

કાર્ડિયાક રિહેબિલિટેશન (સીઆર/કાર્ડિયાક રિહેબ) એટલે શું?

કાર્ડિયાક રિહેબિલિટેશન એ હાર્ટ એટેક આવ્યો હોય, કાર્ડિયાક સર્જરી, એન્જીયોપ્લાસ્ટી કરાવી હોય અથવા હૃદયની નિષ્ફળતા હોય તો તમારા હૃદયના સ્વાસ્થ્ય સુધારવા માટે નિયુક્ત કરવામાં આવેલ તબીબી રીતે નિરીક્ષણ કરાયેલો કાર્યક્રમ છે.

કાર્ડિયાક રિહેબિલિટેશન, જેને કાર્ડિયાક રિહેબ તરીકે પણ ઓળખવામાં આવે છે, તે જીવનની ગુણવત્તા સુધારવા માટેનો એક સંગઠિત અભિગમ છે, જે હૃદયરોગથી પીડાતી વ્યક્તિઓમાં હૃદયની ઘટનાઓનું પુનરાવર્તન ઘટાડે છે. જે શારીરિક, ભાવનાત્મક અને કાર્યાત્મક જીવનને સુધારવાનું લક્ષ્ય રાખે છે.

તે હૃદયરોગના નિષ્ણાંત, જનરલ ફિઝિશિયન્સ અને પ્રશિક્ષિત નર્સ, ડાયેટરી કન્સલ્ટન્ટ, ફિઝિયોથેરાપિસ્ટ, ઓક્યુપેશનલ થેરાપિસ્ટ, સાયકોલોજિસ્ટ અને ફાર્માસિસ્ટ સહિત અન્ય હેલ્થ પ્રોફેશનલ્સની સંકલિત મલ્ટિડિસિપ્લિનરી ટીમ દ્વારા દ્વારા આપવામાં આવે છે જે દર્દીની સુખાકારી માટે કામ કરે છે.

તેનો ઉપયોગ સામાન્ય રીતે વ્યક્તિગત રીતે અનુરૂપ કસરત અને જીવનશૈલી પહોંચાડવા માટે થાય છે અને હૃદયરોગના જોખમને ઘટાડવા, ઝડપી સ્વસ્થ વર્તણૂક, વિકલાંગતામાં ઘટાડો કરવા અને હૃદયરોગસાથે સક્રિય જીવનશૈલીને પ્રોત્સાહન આપવા માટે રચાયેલ છે. અમેરિકન હેલ્થ એસોસિએશન, અમેરિકન કોલેજ ઓફ કાર્ડિયોલોજી અને કાર્ડિયોલોજી સોસાયટી ઓફ ઇન્ડિયાઝિબિલિટી જેવા વિવિધ તબીબી એસોસિએશનો દ્વારા તેની ભલામણ કરવામાં આવે છે અને કાર્ડિયોવાસ્ક્યુલર રોગ સાથે સક્રિય જીવનશૈલીને પ્રોત્સાહન આપવામાં આવે છે.

કોને કાર્ડિયાક રિહેબિલિટેશનની જરૂર છે અને તેના ફાયદા શું છે?

કેટલાક કાર્ડિયાક રોગો કે જેમાં વ્યક્તિને કાર્ડિયાક રિહેબિલિટેશન કરાવવાની ભલામણ કરવામાં આવે છે, જેમકેઃ

- એન્જાઇના (છાતીમાં દુખાવો)
- એન્જીયોપ્લાસ્ટી
- મ્યોકાર્ડિયલ ઇન્ફાર્ક્શન (હૃદયરોગ નો હુમલો)
- બાયપાસ સર્જરી
- કાર્ડિયોમાયોપથી (હૃદયની દીવાલ પર સોજો)
- જન્મજાત હૃદય રોગ
- કોરોનરી ધમની રોગ (હૃદયની નળીઓમાં બ્લોક)
- હાર્ટ એટેક
- હાર્ટ ફેલ્યોર (હૃદયની નિષ્ફળતા)
- હૃદય ટ્રાન્સપ્લાન્ટ
- પેરિફેરલ ધમનીનો રોગ (હાથ પગની નસોમાં બ્લોક)
- હૃદયના વાલ્વની બીમારી (રિપેર અથવા રિપ્લેસ)
- પુનઃવાસ્ક્યુલાઇઝેશન પ્રક્રિયા

કાર્ડિયાક રિહેબિલિટેશનના ફાયદા આ મુજબ છેઃ

1. વ્યક્તિના સ્વાસ્થ્ય અને જીવનની ગુણવત્તા પર વધુ સારું નિયંત્રણ.
2. કસરતની ક્ષમતામાં સુધારો થવાથી ચિંતા અને હતાશા દૂર થાય છે અને માનસિક તંદુરસ્તી વધે છે.
3. ભવિષ્યમાં હૃદયરોગની ઘટનાઓનું જોખમ ઘટે છે.
4. હૃદયરોગ તેમજ કાર્ડિયાક સર્જરીમાંથી ઝડપી રિકવરી આવે છે.
5. વારંવાર હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાનું જોખમ ઘટે છે.
6. કોલેસ્ટ્રોલનું પ્રમાણ, લોહીમાં ગ્લુકોઝનું પ્રમાણ, ટ્રાઇગ્લિસરાઇડનું પ્રમાણ અને બ્લડ પ્રેશર જાળવી રાખે છે.
7. મૃત્યુદરમાં એટલે કે હૃદયરોગને કારણે વહેલા મૃત્યુની શક્યતામાં ઘટાડો કરે છે.
8. તે લાંબા ગાળાનો કાર્યક્રમ છે, જેમાં મહત્તમ લાભ મેળવવા માટે આજીવન પ્રતિબદ્ધતાની જરૂર પડે છે.

રિહેબિલિટેશન પ્રોગ્રામમાંથી પસાર થયા પછી, વ્યક્તિઓ ઘરે હોય કે જીમમાં હોય, તેમની પોતાની કસરતની પદ્ધતિ સફળતાપૂર્વક વિકસાવી શકે છે.

કાર્ડિયાક રિહેબિલિટેશન પ્લાનમાં કઇ કસરતોનો સમાવેશ થાય છે?

વોર્મ-અપ કસરત : ધીમે ધીમે કાર્ડિયાક લોહીનું પરિભ્રમણ (બ્લડ સર્ક્યુલેશન) અને હૃદયના ધબકારા વધારવા માટે વોર્મ-અપ એક્સરસાઇઝની જરૂર પડે છે. હૃદય ધીમે ધીમે કસરતની પદ્ધતિને અનુકૂળ થશે અને છાતીમાં દુખાવાનું અને ધબકારા અનિયમિત થવાનું જોખમ નોંધપાત્ર રીતે ઘટી જાય છે, જેમાં સ્નાયુઓને સ્ટ્રેચ કરવામાં આવે છે જે ઇજાના જોખમને ઘટાડે છે. વોર્મ-અપ કસરત સામાન્ય રીતે 15 મિનિટ માટે કરવામાં આવે છે, જે ધબકારા વધે તેવી પ્રવૃત્તિઓ, સ્ટ્રેચિંગ પ્રવૃત્તિઓ અને બીજી કસરતની પ્રવૃત્તિઓનો સમાવેશ કરવામાં આવે છે. વૉર્મ અપ એક્સરસાઇઝમાં વૉકિંગ, લો-લેવલ સાઇકલિંગ, અપર બેક સ્ટ્રેચ, ચેસ્ટ સ્ટ્રેચ, કાફ સ્ટ્રેચ અને હેમસ્ટ્રિંગ સ્ટ્રેચનો સમાવેશ થાય છે.

મુખ્ય કસરત : મુખ્ય કસરત લગભગ 15-40 મિનિટ માટે કરવામાં આવે છે. આ કસરત દરેક વ્યક્તિ માટે અલગ રીતે તૈયાર કરવામાં આવે છે. કસરતના પ્રકારોમાં ટ્રેડમિલ કસરત, એરોબિક્સ અને સ્વિમિંગનો સમાવેશ થાય છે. અન્ય કસરતમાં સ્થળ પર કૂચ કરવી, સ્ટેપ અપ, ફોરવર્ડ આર્મ રીચ અને શેડો બોક્સિંગનો સમાવેશ થાય છે.

આ કસરત દરમિયાન કાર્ડિયોરેસ્પિરેટરી ફિટનેસ, સ્નાયુબદ્ધતા અને સહનશક્તિ, લવચિકતા અને શરીરની રચનાને ધ્યાનમાં લેવી જાઇએ.

કૂલડાઉન કસરતઃ કૂલડાઉન કસરતથી શરીરને આરામ કરવાની સ્થતિ પાછી મેળવવામાં મદદ મળે છે. અચાનક કસરત બંધ કરવાથી હાયપોટેન્શન થઇ શકે છે જે ચક્કર જેવા લક્ષણોનું કારણ બની શકે છે. તે હૃદયના ધબકારા અને લયબદ્ધ સંકોચનની સતત ધીમી ગતિ જાળવવામાં પણ મદદ કરે છે. કૂલ ડાઉન તબક્કા દરમિયાન, જ્યાં સુધી શરીર આરામની સ્થિતિમાં ન આવે ત્યાં સુધી કસરતની ગતિ ધીમે ધીમે ઘટાડવી જોઇએ. કૂલ ડાઉન એક્સરસાઇઝનો સમયગાળો લગભગ 10-15 મિનિટનો હોય છે.

વોર્મ-અપ અને કૂલ ડાઉન કસરતો કસરતની પદ્ધતિમાં મહત્ત્વપૂર્ણ છે અને તેને ચૂક્યા વગર કરવી જ જોઇએ.

કાર્ડિયાક રિહેબિલિટેશનમાં કેટલા તબક્કાઓ છે?

કાર્ડિયાક રિહેબિલિટેશનના ત્રણ તબક્કાઓ છે અને હૃદય રોગ પછીના સમયગાળાના આધારે તબક્કાઓનું વર્ગીકરણ કરવામાં આવે છે.

કાર્ડિયાક રિહેબિલિટેશનના તબક્કાઓ આ મુજબ છેઃ

પ્રથમ તબક્કોઃ હોસ્પિટલમાં દર્દી દાખલ હોય ત્યારે હૃદય રોગની સારવાર બાદ દર્દી સાજા થવાનું શરૂ કરે કે તરત જ કાર્ડિયાક રિહેબનો આ તબક્કો શરૂ થાય છે. કાર્ડિયાક રિહેબિલિટેશન ટીમ હૃદય રોગના જોખમી પરિબળો અને તેના ચોક્કસ ચિહ્નો અને લક્ષણો સંબંધિત માહિતી પૂરી પાડે છે. દર્દીઓને તંદુરસ્ત આહાર સંબંધિત માહિતી પણ પૂરી પાડવામાં આવે છે. સ્વ-સંભાળ અને સુધારાત્મક જોખમી પરિબળો સંબંધિત માહિતી પણ આપવામાં આવે છે.

હોસ્પિટલમાંથી રજા આપતી વખતે, ઘરે કઇ કસરત કરવાની અને દૈનિક જીવનમાં કઇ વાતોનું ધ્યાન રાખવું તેમજ આઉટપેશન્ટ કાર્ડિયાક રિહેબિલિટેશનની માહીતીનો પણ સમાવેશ કરવામાં આવે છે.

બીજો તબક્કોઃ ડિસ્ચાર્જ (હોસ્પિટલમાંથી રજા)બાદનો પ્રારંભિક તબક્કો (આઉટપેશન્ટ) આઉટપેશન્ટ કાર્ડિયાક રિહેબિલિટેશન/સેકન્ડરી પ્રિવેન્શન એ ક્લાસ I ની ભલામણ છે. આ તબક્કો વ્યક્તિના કસરત પ્રત્યે હૃદયના ધબકારા, બ્લડપ્રેશર અને અન્ય કાર્ડિયોવાસ્ક્યુલર માપદંડોના પ્રતિભાવનું નિરીક્ષણ કરીને શરૂ થાય છે. જો ક્લિનિકલ સ્થિતિ અનુમતિ આપે અને 12 અઠવાડિયા સુધી ચાલી શકે તો તે હોસ્પિટલમાંથી ડિસ્ચાર્જ થયાના 1થી 3 અઠવાડિયાની અંદર શરૂ થઇ શકે છે. ધીમે ધીમે પ્રશિક્ષિત કર્મચારીઓની સીધી દેખરેખ હેઠળ દર્દી કેન્દ્રિત વધુ કસરત યોજના વિકસાવવામાં આવે છે અને અમલમાં મૂકવામાં આવે છે, જે દર્દીને કામ કરવામાં અને બીજી રોજિંદ પ્રવૃત્તિમાં પાછા ફરવામાં મદદ કરી શકે. આ તબક્કામાં કસરતની પદ્ધતિમાં જરૂરી ફેરફારો કરવામાં આવે છે.

ત્રીજો તબક્કોઃ ડિસ્ચાર્જ (હોસ્પિટલમાંથી રજા) બાદનો લેટ ફેઝ આ તબક્કાને જાળવણીના તબક્કા તરીકે પણ ઓળખવામાં આવે છે દર્દીઓ દ્વારા કરવામાં આવતી કસરતનું નિરીક્ષણ કરવામાં આવતું નથી પરંતુ તેમની દેખરેખ સક્ષમ અને લાયક સ્ટાફ દ્વારા કરવામાં આવે છે.

કાર્ડિયોલોજિસ્ટની ભલામણ મુજબ રિહેબિલિટેશન કેન્દ્રમાં રહે છે. ત્રીજો તબક્કો પૂર્ણ કર્યા પછી, કોઇ પણ વ્યક્તિ સુપરવિઝન સ્ટાફ દ્વારા આપવામાં આવેલી કસરતની સૂચનાઓ સાથે ઘરે જઇ શકે છે.

કાર્ડિયાક રિહેબિલિટેશન કેટલો સમય ચાલે છે?

સામાન્ય રીતે કાર્ડિયાક રિહેબ પ્રોગ્રામ લગભગ 3 મહિના સુધી ચાલુ રહી શકે છે. માર્ગદર્શિકાનું પાલન કરવાથી ધીમે ધીમે સમય જતા, પુનર્વસન કેન્દ્રની મુલાકાત લેવાની જરૂરિયાત ઘટતી જાય છે.

એથિક્સ કમીટી મેમ્બર્સ ટ્રેનિંગ પ્રોગ્રામ : ૩જી ફેબ્રુઆરી, ૨૦૨૬

૦૪ ફેબ્રુઆરી, ૨૦૨૬ ના રોજ આરોગ્ય નીતિ, નેતૃત્વ અને વ્યવસ્થાપન અને આરોગ્ય ટેકનોલોજી મૂલ્યાંકન માટે વ્યૂહાત્મક અભિગમો પર એક્ઝિક્યુટિવ પ્રોગ્રામ

અમદાવાદ મેડિકલ એસોસિએશન (IMA) ના સહયોગથી હોસ્પેક્સના પ્રતિનિધિઓ માટે નોંધણી : ૨૦ ફેબ્રુઆરી, ૨૦૨૬

Research Abstract

Outcome of del Nido versus St. Thomas cardioplegia solution in adult mitral valve replacement surgery for rheumatic mitral valve disease

Perfusion. 2026 Feb 3:2676591261423026. doi: 10.1177/02676591261423026.

Dr. Akash Shah, Dr. Anil Jain, Dr. Ronak Raval, Ms. Himani Pandya

Background

Effective myocardial protection is essential for successful outcomes in open-heart surgery. Although both del Nido and St. Thomas cardioplegia solutions are widely used, comparative evidence in adult rheumatic mitral valve replacement remains limited. This study aimed to compare their myocardial protective efficacy and clinical outcomes.

Methods

A prospective comparative study was conducted between May 2022 and October 2024. Total 50 adult patients undergoing mitral valve replacement-20 with severe mitral regurgitation (MR) and 30 with severe mitral stenosis (MS) were included. Patients were divided into two groups based on cardioplegia type (del Nido or St. Thomas). Intraoperative parameters, postoperative left ventricular ejection fraction (LVEF), troponin I levels, inotropic and ventilatory support, and ICU/hospital stay were analysed.

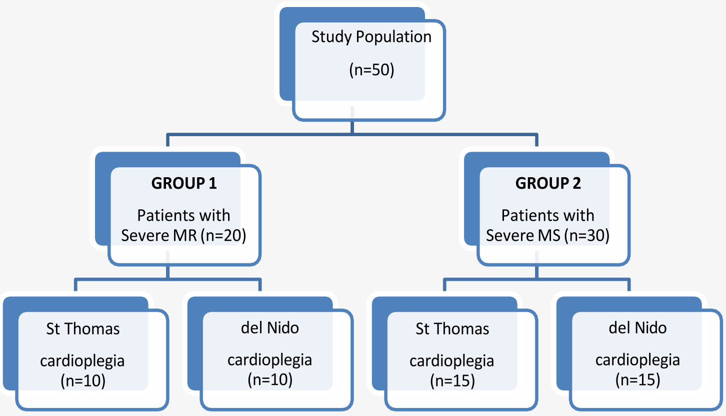
Results

Baseline characteristics were comparable across groups. The mean number of cardioplegia doses was significantly lower in the del Nido group (1.6 ± 0.5 vs 3.2 ± 0.8; $p < 0.001$). Postoperative LVEF was better preserved with del Nido cardioplegia (MS: 53.3 ± 7.2% vs 45.3 ± 10.6%; $p = 0.023$). Troponin I levels at 6, 24, and 48 h were lower in the del Nido group, though not statistically significant. Patients receiving del Nido required less inotropic and ventilatory support, with shorter ICU and hospital stays. One in-hospital death occurred in the del Nido group due to sepsis.

Conclusion

Del Nido cardioplegia offers comparable or superior myocardial protection to St. Thomas solution in adult mitral valve replacement, with fewer interruptions, reduced dosing, and faster postoperative recovery.

Keywords : St. Thomas cardioplegia; del Nido cardioplegia; myocardial protection; rheumatic heart disease; valvular heart disease.



Case Report

Transcatheter closure of atrial septal defect device-related aortic erosion in a pediatric patient

Annals of Pediatric Cardiology 18(5):p 490-492, Sep–Oct 2025. | DOI: 10.4103/apc.apc_172_25

Dr. Kumar Anand Shrutiraaj, Dr. Abhay Pota, Dr. Tarun Parmar, Dr. Shilpa Deodhar, Dr. Amit Kungwani, Dr. Bhavik Champaneri

A 5 year old, 15 kg female child presented with a 2 month history of chest discomfort and exertional dyspnea. She had undergone ASD (ostium secundum type) device closure 2 years prior with a 22 mm ASO device (St. Jude Medical, St. Paul, MN, USA) for an ASD, which measured 19 mm. The procedure was considered appropriate based on standard criteria despite a noted deficient aortic rim, as the other rims were of adequate size. She had tachycardia and a blowing, harsh, continuous murmur. Transthoracic two dimensional echocardiography revealed a small defect in the roof of the right atrium (RA) communicating directly into the adjacent noncoronary cusp (NCC) of the aortic root, caused by the impinging of the right atrial disc of the ASO device on the adjacent posterior aspect of the aorta. Color and spectral Doppler revealed continuous flow through this defect from the aorta to the RA and diastolic flow reversal in the descending thoracic aorta throughout diastole. The RA disc of the ASO device was observed touching the NCC of the aortic root at the site of the perforation only during systole [Figure 1]. This intermittent rubbing of the RA disc to the aortic root while staying away from the aortic root during diastole was considered to be the factor causing erosion of the torus aorticus and further erosion of the aortic root leading to the development of aorta to RA communication. We planned to close this defect with the idea that the disc at the atrial side would stay between the RA disc of the ASD device and the wall of the aorta, thus protecting it from further erosion by the in situ ASD device. There was no pericardial effusion. A computerized tomography pulmonary angiography was done; however, the defect could not be precisely defined due to motion artifact. The patient was taken up for cardiac catheterization and angiography. Aortic angiography was performed in the left anterior oblique view, which confirmed the finding of aortic root to RA communication. The defect was crossed from the arterial side, and an arteriovenous loop was made. Through the venous side, a 5 French JR guide catheter was advanced and parked in the aorta. An Amplatzer Duct Occluder (ADO) II device (St. Jude Medical, St. Paul, MN, USA), size 5 mm × 4 mm, was deployed at the defect from the venous side. After confirmation of device position and no residual flow shunt across the device with a repeat angiogram, the device was released [Figure 2]. The patient has been on regular follow up for more than 3 years with no reported procedure related issues.

To the best of our knowledge, this represents the first reported instance of such a device-based transcatheter closure for this specific complication.

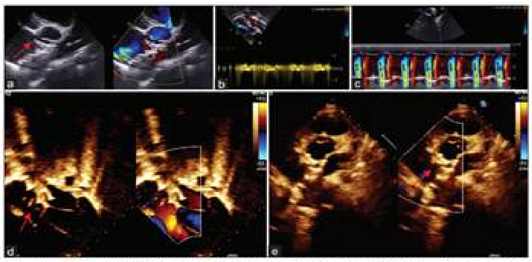


Figure 1: (a) Short axis view: defect b/w NCC of aorta and RA (arrow), note RA disc of ASD device touching aorta; (b) colour doppler: flow from aorta to RA; (c) suprasternal view: pan-diastolic flow reversal in DTA. (d) apical 4c view with slight anterior tilt: ADO II device seen in situ, no flow across the defect (arrow). (e) short axis view: ADO II device seen insitu, no flow across the defect (arrow)

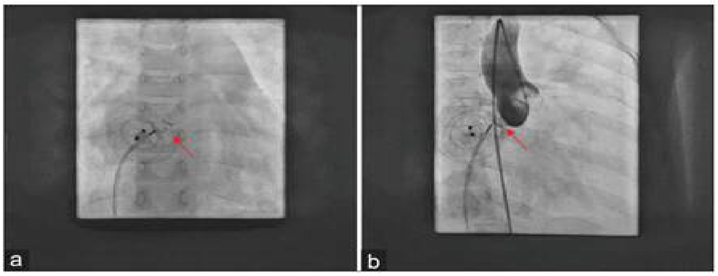


Figure 2: (a) AP view: ADO II device being deployed from venous side across the defect (arrow), (b) RAO view: ADO II device seen between the aorta and RA disc of ASD device (arrow)

આવનારી ઈવેન્ટ્સ

કન્ટીન્યુઈન્ગ કાર્ડિયાક એજ્યુકેશન

કાર્ડિયોલોજી

તારીખ	વિષયો	વક્તાઓ
૦૭-૦૩-૨૦૨૬	Endovascular Upper Extremity Interventions	ડૉ. જયલ શાહ પ્રોફેસર
૧૪-૦૩-૨૦૨૬	Embolization Techniques & Clinical Implication	ડૉ. પ્રતિક રાવલ પ્રોફેસર
૨૧-૦૩-૨૦૨૬	Medical Management vs. PCI in Chronic Stable Angina	ડૉ. દિનેશકુમાર જોષી પ્રોફેસર
૨૮-૦૩-૨૦૨૬	Artificial Intelligence (AI) in Cardiology	ડૉ. કમલ શર્મા એસોસિયેટ પ્રોફેસર

કાર્ડિયોવાસ્ક્યુલર થોરાસિક સર્જરી

તારીખ	વિષયો	વક્તાઓ
૦૭-૦૩-૨૦૨૬	Patent Ductus Arteriosus	ડૉ. વિકાસ વી. આસિસ્ટન્ટ પ્રોફેસર
૧૪-૦૩-૨૦૨૬	Coarctation of Aorta	ડૉ. રીદ્ધિ ધાનક આસિસ્ટન્ટ પ્રોફેસર
૨૧-૦૩-૨૦૨૬	Pulmonary Function Tests	ડૉ. પૃથ્વી પટેલ આસિસ્ટન્ટ પ્રોફેસર
૨૮-૦૩-૨૦૨૬	Empyema	ડૉ. નિરવ પંચાલ પ્રોફેસર

કાર્ડિયાક એનેસ્થેસિયા

તારીખ	વિષયો	વક્તાઓ
૦૭-૦૩-૨૦૨૬	Pediatric TEE SERIES: Congenital Artery Anomalies	ડૉ. શ્રવણ કુમાર આસિસ્ટન્ટ પ્રોફેસર
૧૪-૦૩-૨૦૨૬	Pediatric TEE SERIES : Application in Cardiac Catheterization & Electrophysiology	ડૉ. યશ જોશી આસિસ્ટન્ટ પ્રોફેસર
૨૧-૦૩-૨૦૨૬	Anesthesia Changes in Syndromic Congenital Heart Disease	ડૉ. જિગીશા પૂજારા પ્રોફેસર
૨૮-૦૩-૨૦૨૬	POCUS in ICU : Lung & Abdominal Ultrasound	ડૉ. ધ્રુવિની પટેલ આસિસ્ટન્ટ પ્રોફેસર

કન્ટીન્યુઈન્ગ નર્સિંગ એજ્યુકેશન

તારીખ
૨૮
માર્ચ
૨૦૨૬

ECG AT A GLANCE

સમય : ૨.૦૦ થી ૫.૦૦

વિષયો	વક્તાઓ
Introduction	શ્રીમતી પાર્લીન દીપક (ચીફ એસસીસ્ટન્ટ મેટ્રન)
Basics of ECG & ECG interpretation step by step	ડૉ. મીના પરમાર (ક્લિનિકલ કાર્ડીયોલોજિસ્ટ)
ECG in MI & Its localization	દીલપકુમાર પંચાલ ટ્રેઈન્ડ કાર્ડિયાક સ્ટાફ નર્સ

REGISTER NOW

www.unmicrc.org

Follow us for more Details : Join us live on

CERTIFICATE OF PARTICIPATION WILL BE ISSUED

કન્ટીન્યુઈન્ગ ફિઝિયોથેરાપી એજ્યુકેશન

શનિવાર
૨૮ માર્ચ, ૨૦૨૬

ડૉ. રાહુલ પટેલ

કાર્ડિયાક ફિઝિયોથેરાપિસ્ટ ગ્રેડ-II

Topic
ICD & Physiotherapy Management

કન્ટીન્યુઈન્ગ ન્યુટ્રીશન એજ્યુકેશન

ઉર્મિલા ગેલોતર
આસિસ્ટન્ટ ડાયેટિશિયન

Topic :
Role of Dietician in Therapeutic Diet

રવિવાર
૨૯ માર્ચ, ૨૦૨૬

બપોરે ૨.૦૦ થી ૩.૦૦

આનંદિત હૃદયમ્ એક્ટીવીટી - ફેબ્રુઆરી ૨૦૨૬ ની પ્રવૃત્તિ : કેરમ / લુડો / અમદાવાદ

કેરમ ના વિજેતા
1. મુકેશભાઈ વાઘેલા (ECG)
2. ઉર્વશી સોલંકી (PICU)
3. મનીષાબેન પટેલ (HR/ADMIN)

લુડો ના વિજેતા
1. ડૉ. ધ્રુવ મિસ્ત્રી (ગુણવત્તા)
2. સુનીતાકુમારી ચૌહાણ (CTOT)
3. ઉર્મિલા ચાવડા (HR/ADMIN)

અમદાવાદ ના વિજેતા
1. રૂપલ પરમાર (MICCU 1)
2. દ્રષ્ટિ પંશારા (CTOT)
3. નંદા ખંડેલવાલ (MICCU 2)

કાર્ડિયાક રિહેબિલિટેશન વીક : ૮ થી ૧૪ ફેબ્રુઆરી ૨૦૨૬

કાર્ડિયાક રિહેબિલિટેશન અવેરનેસ વીક 2026 ના અવસરે, ફિઝીયોથેરાપી અને સંલગ્ન આરોગ્ય વિજ્ઞાનનો અભ્યાસ કરી રહેલા કોલેજના વિદ્યાર્થીઓના એક જૂથે કાર્ડિયાક હોસ્પિટલની મુલાકાત લીધી જેથી તેઓ કાર્ડિયાક કેર અને રિહેબિલિટેશન સેવાઓનો વ્યવહારુ અનુભવ મેળવી શકે. આ મુલાકાતનું આયોજન અને સંચાલન ફિઝીયોથેરાપી વિભાગ દ્વારા કરવામાં આવ્યું હતું, જેનો ઉદ્દેશ્ય વિદ્યાર્થીઓની ક્લિનિકલ સમજને વિસ્તૃત કરવાનો અને તેમને કાર્ડિયાક ફિઝીયોથેરાપીના ક્ષેત્રમાં અર્થપૂર્ણ યોગદાન આપવા માટે પ્રેરણા આપવાનો હતો.

કાર્યક્રમની શરૂઆત ઔપચારિક સ્વાગત અને હોસ્પિટલ, તેના વિઝન, મિશન, ઇન્ફ્રાસ્ટ્રક્ચર અને કાર્ડિયાક કેર માટે બહુ-શાખાકીય અભિગમ વિશે પરિચય સત્ર સાથે થઈ હતી.

કાર્ડિયાક રિહેબિલિટેશન અવેરનેસ વીક 2026 દરમિયાન, વિદ્યાર્થીઓને ICU અને વોર્ડ ક્લિનિકલ કેર, કાર્ડિયાક રિહેબિલિટેશનનો વિગતવાર પરિચય આપવામાં આવ્યો હતો, જેમાં કસરત તાલીમ, જોખમ પરિબળ ફેરફાર, જીવનશૈલી વ્યવસ્થાપન અને મનોવૈજ્ઞાનિક સહાય પર ધ્યાન કેન્દ્રિત કરવામાં આવ્યું હતું. ફિઝીયોથેરાપિસ્ટ દ્વારા વ્યક્તિગત કસરત પ્રિસ્ક્રિપ્શનના મહત્વ પર ભાર મૂકવામાં આવ્યો હતો. CPET અને PFT ના પ્રદર્શનોએ વિદ્યાર્થીઓને સમજવામાં મદદ કરી કે સલામત અને અસરકારક પુનર્વસન કાર્યક્રમો ડિઝાઇન કરવા માટે કસરત ક્ષમતા અને ફેફસાના કાર્યનું મૂલ્યાંકન કેવી રીતે કરવામાં આવે છે. સત્રથી તેમના ક્લિનિકલ જ્ઞાનમાં વધારો થયો અને તેમને કાર્ડિયાક ફિઝીયોથેરાપીમાં શ્રેષ્ઠતા પ્રાપ્ત કરવા માટે પ્રેરણા મળી. આ શૈક્ષણિક મુલાકાતને સફળ બનાવવા માટે પોતાનો સમય અને પ્રયત્ન સમર્પિત કરનારા હોસ્પિટલ મેનેજમેન્ટ અને તમામ સ્ટાફ સભ્યોનો અમે હૃદયપૂર્વક આભાર માનીએ છીએ.

જાન્યુઆરી-૨૦૨૬ યુ.એન. મહેતા ઈન્સ્ટિટ્યૂટ ઓફ કાર્ડિયોલોજી એન્ડ રીસર્ચ સેન્ટર, અમદાવાદ

તા.૨૮-૦૨-૨૦૨૬ સુધીમાં

- ૧૨૫૧ બેડ
- ૧૫ કાર્ડિયાક ઓપરેશન થીએટર
- ૬ કાર્ડિયાક કેથ લેબ
- ૫૧૩ કાર્ડિયાક આઈ.સી.યુ. બેડ

૩૪૩૫૫ ઓ.પી.ડી. પેશન્ટ	૪૪૦૬ આઈ.પી.ડી. પેશન્ટ	૯૩ જટિલ કાર્ડિયાક પ્રક્રિયાઓ	૪૭ જટિલ સર્જરી
૨૪૬૬ કાર્ડિયાક પ્રક્રિયાઓ	૬૯૪ કાર્ડિયાક સર્જરી	૨૭૧૬ ઈમરજન્સી એડમીશન	૭૪/3 પામી/રેસ્ક્યુ પી.સી.આઈ.
૧૦૫ બાળરોગ પ્રક્રિયા	૧૫૩ બાળરોગ કાર્ડિયાક સર્જરીઓ	૧૭૧ ઇપી પ્રક્રિયા અને પેસમેકર ઉપકરણો	૨ EVAR/TEVAR

- ૬૫ હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટેશન
- ૧૭૪ રોબોટીક કાર્ડિયાક સર્જરી
- ૪૫ TAVI

યુ.એન.એમ. ગાંધીનગર સેટેલાઇટ સેન્ટર

- ૯૬ બેડ
- ૧ + ૧ ન્યુરો અને હાર્ટ ઓપરેશન થીએટર
- ૬૨ કાર્ડિયાક ન્યુરો આઈ.સી.યુ.બેડ
- ૧ કાર્ડિયાક કેથ લેબ
- ૪૫૬૯ ઓ.પી.ડી. પેશન્ટ
- ૫૨૨ આઈ.પી.ડી. પેશન્ટ
- ૨૩૧ કાર્ડિયાક પ્રક્રિયાઓ
- ૧૯ કાર્ડિયાક સર્જરી

યુ.એન.એમ. રાજકોટ સેટેલાઇટ સેન્ટર

- ૧૧૮૮ ઓ.પી.ડી. પેશન્ટ
- ૪ આઈ.પી.ડી. પેશન્ટ
- ૭૧૯ ઈકો
- ૬ કાર્ડિયાક પ્રક્રિયાઓ
- ૧૧૨૯ ઈ.સી.જી.
- ૫૭ ટી.એમ.ટી.

કાર્ડિયાક રિહેબિલિટેશન પ્રોગ્રામ

યુ.એન. મહેતા ઇન્સ્ટિટ્યૂટ ઓફ કાર્ડિયોલોજી એન્ડ રિસર્ચ સેન્ટર, અમદાવાદ ખાતે ઉપલબ્ધ

કોને કાર્ડિયાક રિહેબિલિટેશનની જરૂર છે?

પુખ્ત વયના દર્દીઓ જે નીચેના રોગનો ઇતિહાસ ધરાવે છે

- હૃદયરોગનો હુમલો (હાર્ટ એટેક) • છાતીમાં દુખાવો (એન્જાયના)

નીચે મુજબની પ્રક્રિયાઓ પહેલા અને પછી:

- હાર્ટ સર્જરી, બાયપાસ સર્જરી અથવા વાલ્વ સર્જરી
- હાર્ટ ટ્રાન્સપ્લાન્ટ (હૃદય પ્રત્યારોપણ)
- કોરોનરી એન્જીયોપ્લાસ્ટી/સ્ટેન્ટ પ્રક્રિયા ▪ હાર્ટ ફેલ્યોર

બાળ હૃદયરોગના દર્દીઓ પણ વિશિષ્ટ બાળ રિહેબિલિટેશન પ્રોગ્રામનો લાભ મેળવી શકે છે.

કાર્ડિયાક રિહેબિલિટેશન શું છે?

હૃદયરોગનો હુમલો(હાર્ટ એટેક), હાર્ટ ફેલ્યોર તેમજ ઓપરેશન અથવા તબીબી સંભાળની જરૂર હોય તેવી અન્ય હૃદયની સમસ્યામાંથી સાજા થનારા કોઈપણ માટે કાર્ડિયાક રિહેબિલિટેશન એ એક મહત્વપૂર્ણ પ્રોગ્રામ છે.

સ્થળ

૧૦૬, કાર્ડિયાક રીહેબીલેટેશન ડીપાર્ટમેન્ટ, એ-બ્લોક, પહેલો માળ, યુ.એન.એમ.આઈ.સી.આર.સી.

Medicity Amdavad

॥ सर्वे सन्तु निरामया ॥

યુ. એન. મહેતા ઇન્સ્ટિટ્યૂટ ઓફ કાર્ડિયોલોજી એન્ડ રીસર્ચ સેન્ટર

(બી.જે. મેડીકલ કોલેજ, અમદાવાદ દ્વારા સંલગ્ન)

સિવિલ હોસ્પિટલ કેમ્પસ (મેડિસીટી), અસારવા, અમદાવાદ-૩૮૦૦૧૬ (ગુજરાત)

મો. : +૯૧ ૯૦૯૯ ૧૦૮૧૦૮, ફોન નં: +૯૧ (૦૭૯) ૨૨૬૮ ૪૨૦૦

ફેક્સ : (૦૭૯) ૨૨૬૮ ૨૦૯૨ ઈ-મેઈલ : heart_today@unmicrc.org, unmicrc@gmail.com • વેબસાઈટ : www.unmicrc.org

૯૦૯૯૯ ૫૫૫૬૯, ૯૦૯૯૯ ૫૫૨૪૭, ૯૦૯૯૯ ૫૫૨૪૮, ૯૦૯૯૯ ૫૫૨૪૯

શ્રી રાજીવ ટોપનો, આઇ.એ.એસ.
અધિક મુખ્ય સચિવ, આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગ, ગુજરાત સરકાર, અધ્યક્ષ ગવર્નિંગ બોર્ડ, યુ.એન.એમ.આઇ.સી.આર.સી.

ડૉ. ચિરાગ દોશી, (એમ.એસ., એમ.સી. એચ સી.વી.ટી.એસ.)
નિયામકશ્રી અને સભ્ય સચિવ, ગવર્નિંગ બોર્ડ, યુ.એન.એમ.આઇ.સી.આર.સી.

હાર્ટ ટુ ડે ટીમ

ડૉ. જયેશ પ્રજાપતિ, ડૉ. રમેશ પટેલ, ડૉ. કેતવ લાખીયા, ડૉ. પૂજા વ્યાસ, ડૉ. આર. બી. પટેલ, ડૉ. નૈતિક પટેલ (સંપાદક), શ્રી કિર્તન પટેલ (સહ-સંપાદક), ડૉ.અમિતા ગોસ્વામી (સહ-સંપાદક), ડૉ. આશિષ દવે, ડૉ. ધ્રુમન પંડ્યા, ડૉ.ખ્યાતિ પંડ્યા, ડૉ. કલગી શાહ, ડૉ. ખૂશ્બુ પટેલ, હિમાની પંડ્યા, ચિરવ ચાવડા, ઉપાસના પટેલ, કંટ્રોલ રૂમ

Design : Photo-Graphic Dept. (UNMICRC) 02-2026