



DAILY NEWS BULLETIN

LEADING HEALTH, POPULATION AND FAMILY WELFARE STORIES OF THE Day
Tuesday 20260929

Fit, But Not Fine? A Silent Crisis Catches Them Young

Threefold Rise In Cardiovascular Ailments Since 2017: Survey

Kushagra.Dixit
@timesofindia.com

New Delhi: Heart disease is showing up in Indians well before old age, catching even the physically fit off guard. A recent National Statistical Office (NSO) survey reveals a threefold spike in cardiovascular ailments, rising from 1,333 per lakh population in 2017-18 to 3,891 in 2025.

Cardiovascular conditions accounted for 2.1% of reported ailments among 15 to 29-year-olds and 15.3% among those aged 30 to 44 years. They were also behind 3.4% of hospitalisations among those in the 15 to 29 bracket and 7.3% among those aged 30 to 44.

From 30 onwards, NSO identifies hypertension and diabetes as major contributors to cardiovascular and metabolic ailments. The ICMR-backed study found 53.4% of cardiovascular deaths in 2016 occurred before 70.

Delhi recorded 22,385 institutional deaths from heart attack and related heart diseases in 2023, compared with 8,576 in 2005; 21.9% of institutional heart disease deaths were among those aged 15 to 44. Studies point to a rise in obesity, hypertension and ele-

vated blood glucose.

Cases recently handled by Delhi doctors underline how the disease can present itself unexpectedly, especially in younger people who appear fit.

CASE 1: Keen Shuttler

The man, 38, played badminton for an hour daily and had no diabetes or hypertension, never smoked, and didn't have a family history of heart disease. However, he began tiring after 30 minutes on court. An angiography showed disease in all three major coronary arteries, needing a triple bypass.

"The patient had no conventional risk factors. The only thing he noticed was his stamina on the court had quietly dropped," says Dr Varun Bansal, senior consultant, cardiotoracic and vascular surgery, Indraprastha Apollo Hospitals.

CASE 2: A 'Healthy' Girl

When this otherwise healthy girl complained of severe palpitation, breathlessness and near-blackouts, doctors found her heart's pumping ability had fallen to 30%, while repeated episodes of ventricular tachycardia required emergency shocks. Enlarged, painless lymph nodes were spotted and a biopsy confirmed an in-



AI Image



flammatory heart disease.

After high-dose steroids and medication, the arrhythmias stopped and her heart function improved to 45%-50%.

Dr KK Talwar, chairman, cardiology, PSRI Hospital, says this highlights the need to look beyond an idiopathic diagnosis in young patients with unexplained heart failure and dangerous arrhythmias.

CASE 3: Heart Attack At 37

A man just diagnosed with severely uncontrolled diabetes at 37 suffered an NSTEMI – a type of heart attack in which a coronary ar-

tery is severely blocked or narrowed, restricting blood flow to the heart muscle.

He was found to have severe triple-vessel coronary artery disease. An urgent bypass surgery on three diseased coronary vessels was performed. "Serious coronary artery disease can occur at a young age, particularly when risk factors like uncontrolled diabetes and a sedentary lifestyle are present," says Dr Vaibhav Mishra, senior director, Max Super Speciality Hospital, Patparganj.

CASE 4: 4 Blocked Arteries

This man visited RML Hospital with four months of exertional chest pain. Tests showed myocardial-infarction-related changes and tight blockages in all major coronary arteries. With no diabetes, hypertension or history of tobacco use, doctors probed genetic and metabolic factors and found his father had undergone bypass surgery. The man had to undergo a four-graft coronary artery bypass.

"Coronary artery diseases occur early in today's generation, yet the presence of a genetic cause holds precedence," says Dr Narender Singh Jhajhria, cardio surgeon, RML.

Notice to Brij Bhushan

Beverage Makers in a Tizzy as 'Energy' Deadline Looms

Red Bull moves HC, while RIL introduces same drink without 'energy' tag

Ratna Bhushan & Indu Bhan

New Delhi: Red Bull on Monday approached the Delhi High Court challenging the Food Safety & Standards Authority of India's (FSSAI) ban on labelling its products as 'energy' drinks.

In response to FSSAI's 90-day deadline that runs through September 30, Reliance has introduced Campa Xtra with the same formulation without featuring the term 'energy'. Red Bull, the world's largest energy drink, told the court that FSSAI didn't issue a show-cause notice or give any hearing before passing the order. The court asked the food safety regulator to respond by Tuesday.

Meanwhile, Red Bull products continued to be sold in stores and on online platforms till late Monday. Red Bull, FSSAI and Reliance Consumer didn't respond to ET's queries. PepsiCo, which dropped term 'energy' from its Sting drink last month, is in process of withdrawing existing stocks from the market, industry executives said.

"FSSAI has made a U-turn on its own regulatory position," said a senior executive at one of the affected companies. "In year 2024, it had itself allowed ener-

On Alert

JULY: FSSAI said energy drinks lack formal category standards

Misleading claims included promises to vitalise bodies & minds

90-DAY deadline to cos to drop term 'energy' from labels closes in on Sept 30



₹9,500 cr Estimated mkt size for India's energy drinks

₹2,000 cr Five leading brands' combined annual marketing expenditure

gy drinks as permissible for products licensed under the relevant categories."

"Our new year cans printed with the energy drinks label are ready; we are still hopeful of more time for the change, as it requires close to a year to transition to new labels since there are millions of packs in the market," said another company executive. Red Bull is the only company to seek legal recourse over the matter.

The Indian Beverage Association (IBA), whose members include PepsiCo, Reliance and Red Bull, has yet to take a legal stance on the development.

FSSAI said in its July order that it doesn't recognise the ca-

tegory with no formal category standards defined for energy drinks and that claims such as 'vitalises body and mind' and 'helps in general weakness' are misleading. The regulator's order also stated that all labels, marketing and ad campaigns with the term energy should be pulled out within 90 days.

The category is estimated at ₹9,500 crore with Red Bull, Sting, Monster, Campa and Hell together spending more than ₹2,000 crore annually on marketing. Industry watchers said Red Bull, Sting and Campa Energy will bear the biggest impact of FSSAI's ban since all three had capitalised on niches in the market.

Tear, not block: Heart risk for women under 50

Top cardiologists explain why Spontaneous Coronary Artery Dissection (SCAD) can trigger heart attacks and what patients must know



RINKU GHOSH

FOR LONG, women were thought to be at a low risk of heart attacks in their younger years considering the female hormone estrogen helps keep blood vessels flexible and reduces inflammation. It was only after menopause, characterised by low levels of estrogen, that a woman's risk of heart attack and cardiovascular diseases was seen as equal to men. However, as younger and apparently fit women in their 30s and 40s are increasingly reporting heart attacks without any risk factors like cholesterol, blood sugar or smoking, a new condition has caught the attention of researchers globally.

This is the Spontaneous Coronary Artery Dissection (SCAD), a hidden, sudden type of heart attack caused by a spontaneous tear or bruise inside a cardiac artery. In a normal heart attack, a cholesterol-rich plaque in a heart artery usually ruptures or erodes, causing a blood clot that obstructs blood flow.

"Instead of the artery being blocked by slow-growing cholesterol or fat, the wall of the blood vessel unexpectedly splits, trapping blood inside the lining and blocking the flow of oxygen to the heart. The artery is squeezed," says Dr Rajiv Gulati, Chair of the Division of Interventional Cardiology in the Department of Cardiovascular Medicine, Mayo Clinic, who has been specialising in women's heart health.

The American Heart Association's 2026 scientific statement on acute coronary syndromes in premenopausal women highlights SCAD as an under-recognised problem. "Young women account for approximately 80–90% of SCAD cases. Among women under 50 who have a heart attack, SCAD may account for as many as one-third of cases," says Dr Ambuj Roy, Professor of Cardiology, AIIMS, Delhi.

Why does SCAD disproportionately affect younger women?

The incidence in women suggests a hormonal link, though it is still being studied. Dr Gulati has observed that about 5–10% of all SCAD cases occur after pregnancy, typically in the first week postpartum. "There are, of course, major hormonal changes at this time, which likely cause fragility of the coronary vessel wall in a small proportion of

• WHERE SCAD DIFFERS



women who are susceptible," he says. Dr Roy has seen that more than 70% of pregnancy-associated SCAD in one large study series occurred after delivery, most commonly in the first week. "Pregnancy-associated cases can also be more severe, with greater likelihood of multiple-vessel involvement," he says.

But most SCAD cases are unrelated to pregnancy, which, both experts agree, suggests a hormonal link. "Estrogen and progesterone can influence tissues and the structure of blood vessels, though they themselves cannot cause SCAD," says Dr Roy. Since both influence the cellular matrix of blood vessels, their high or fluctuating levels can lead to the breakdown of collagen in the artery walls.

How often is SCAD missed or misdiagnosed?

The condition is often under-recognised. "The difficulty is that the patient often does not resemble a traditional picture of somebody at risk of a heart attack — she may be relatively young, active and without cardiac risk factors like diabetes, smoking or high cholesterol and thus may go undiagnosed," says Dr Roy.

The symptoms, however, are usually quite similar to a heart attack. "Chest discomfort occurs in more than 90% of patients, and there are eventually classical ECG (electrocardiogram) changes and rise in cardiac biomarkers suggesting a heart attack." His message for health professionals is simple: "Do not ignore significant chest pain in a younger woman merely because her conventional cardiovascular risk is low, particularly during pregnancy or after delivery. SCAD can also be missed during coronary angiography because the commonest form may appear as a long, smooth narrowing rather than an obvious tear. Awareness

FEATURE	TRADITIONAL HEART ATTACK	SCAD
Underlying mechanism	Plaque rupture: Buildup of fatty cholesterol, plaque ruptures, causing a blood clot that blocks the artery.	Artery wall tear/hematoma: A spontaneous tear inside the artery wall or bleeding creates a false lumen/blister that compresses the channel.
Primary demographics	More common in older adults and men, though post-menopausal women also experience high rates.	Predominantly affects women (about 90% of cases), specifically young- to middle-aged women (average age 44–53).
Traditional risk factors	Strongly linked to high blood pressure, high cholesterol, diabetes, smoking, and obesity.	Patients are often healthy, active individuals lacking traditional cardiovascular risk factors.
Hormonal & life triggers	Not directly tied to acute hormonal shifts or pregnancy cycles.	Frequently linked to pregnancy, the postpartum period, menopause, hormonal therapy, or extreme emotional/physical stress.

of these angiographic patterns is, therefore, crucial as treatment differs from conventional therapy."

What are the strongest known triggers or associations?

Dr Gulati, who has tracked multiple SCAD research registries of thousands of patients, lists the triggers as intense physical exertion, emotional stress, pregnancy, hormonal changes or underlying vascular conditions. Dr Roy has found one of the strongest associations. "That is fibromuscular dysplasia (FMD), a non-atherosclerotic (no plaque) disorder affecting medium-sized arteries, leading to narrowing and bulging. Other vascular abnormalities, including aneurysms and tears elsewhere in the body, are also more common in SCAD patients. Possible immediate triggers include extreme physical exertion, heavy lifting or straining, and severe emotional stress. Up to about two-thirds of patients in some studies report a preceding physical or emotional stressor. Emotional triggers appear more frequent in women and physical triggers in men," says Dr Roy.

How to treat SCAD?

The treatment differs from a conventional heart attack. "If there is complete blockage in a major coronary artery, the vessel should be opened by angioplasty/balloon to restore blood flow and prevent heart muscle damage. We may choose to avoid placing a stent as this can in some circumstances extend the tear, but this is considered on a case by case basis. If SCAD does not cause a complete blockage, then angioplasty (and its risks) can be avoided because the vessel will heal in most cases. There is a 15% risk of worsening of SCAD in the first few days, so we recommend observing pa-

tients in the hospital," says Dr Gulati.

Drug treatment also differs. "Beta-blockers are used, particularly for blood-pressure control, and observational evidence suggests they may reduce recurrence. Statins are not automatically required after SCAD unless there is another indication such as high cholesterol or coexisting atherosclerosis. Antiplatelet treatment (a kind of blood thinner) in patients who have not received a stent remains uncertain," says Dr Roy.

The ultimate goal is to move beyond treating SCAD after it occurs. Dr Roy emphasises identifying the vulnerable artery and patient before the first event happens. "That is where genetics, vascular imaging and large international SCAD patient registries may eventually take us," he says.

What is the risk of another SCAD?

Recurrence can occur, including years later. "Older series have reported recurrence rates of approximately 10–30% with longer follow-up, while a large contemporary cohort reported recurrence of about 2.4% at three years. Having SCAD does not mean a person should stop exercising. Cardiac rehabilitation and regular moderate physical activity are encouraged. Moderate aerobic activity and resistance exercise with light weights and more repetitions are generally reasonable. What we generally discourage are extremes — very heavy lifting with straining, exercising to exhaustion and extreme endurance exercise," says Dr Roy.

Pregnancy after SCAD requires individualised counselling. "Many women have subsequently had uncomplicated pregnancies, but recurrence can occur, particularly postpartum. Women contemplating pregnancy should ideally undergo assessment jointly by a cardiologist and maternal fetal medicine specialist," says Dr Roy.

Missed diagnosis

Since younger women are not generally seen as likely to suffer from heart attacks, the condition is often underdiagnosed.

SCAD triggers include intense exertion, stress, pregnancy, hormonal changes or underlying vascular conditions.

The Gatekeeper of the Heart: Why India's TAVI Pioneer Says "Don't Wait for the Pain to Explain Itself"

ARTEMIS
HOSPITALS
OUR SPECIALITY IS YOU

Every year on 29th September, the world pauses to talk about the heart, the organ that beats roughly 100,000 times a day and asks for almost nothing in return, except attention. This World Heart Day, we sat down with Dr. Amit Kumar Chaurasia, a cardiologist whose career has tracked the arc of a quiet medical revolution in India: the rise of TAVI, or Transcatheter Aortic Valve Implantation, a procedure that has turned a once-fatal, inoperable diagnosis into a routine, life-extending fix.

Trained at JIPMER and AIIMS, with a DM in Cardiology from SCTIMST, he spent three formative years in Budapest mastering structural heart disease and complex coronary intervention before returning to India in 2016 as the country's first proctor for valve intervention.

In this candid conversation, he traces that journey, demystifies the disease that quietly ages the heart's gatekeeper, and repeats one message more than any other: get it treated; don't get stuck debating why.

From JIPMER to AIIMS to a DM in Cardiology at SCTIMST, and then three years of training in Budapest before returning to India — what drew you back, and how did that international training shape the cardiologist you are today?

"Medicine is a beautiful subject. After your MBBS, you do postgraduate training in one branch, then super-specialise in one field of that branch. I chose internal medicine because it's a broad specialty, something that intrigues any medical student at that age. Then I chose cardiology because it's a field where you can see immediate benefit. You have a heart attack patient; you take them to the cath lab, see the blocked artery, open it up, and the patient gets immediate benefit. It's amazing.

After working here for a couple of years, I wanted to see how the outside world works, especially in complex coronary and structural heart disease. So I trained as a fellow in complex coronary intervention and structural heart disease. Structural heart disease was just coming up as its own division of interventional cardiology during that era, and it pulled me completely into it.

While training in Budapest, I gained vast exposure to complex coronary intervention, in addition to participating in about 300 TAVIs. During my stay there, cardiologists from India would come for a 3-5 day observership pro-

gram. A few mentioned to me that it was time I came back to India. I was in Delhi in 2016 and was asked to perform TAVI in a hospital here as an expert. The same hospital offered me a job. It had been three years in Budapest, and I too wanted to come back. This seemed like a good opportunity, and hence I decided to return.

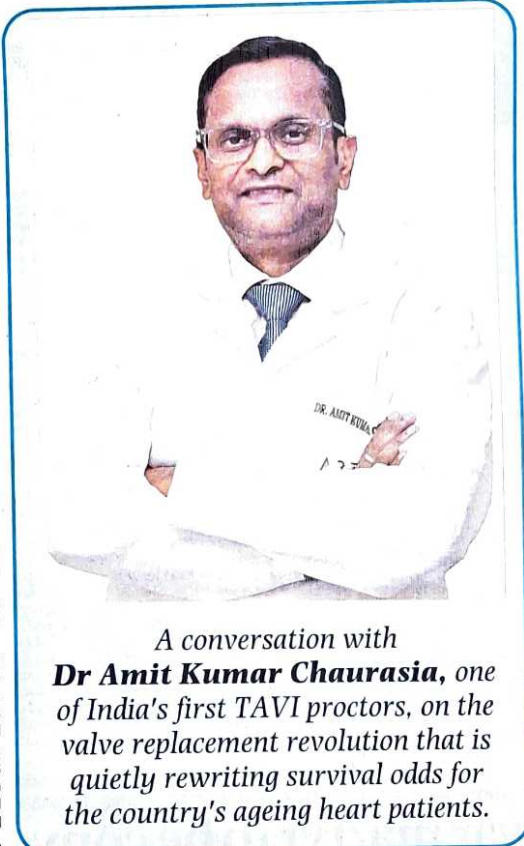
Back in 2016, India faced many logistical hurdles, so the total number of TAVIs performed here until then was only about 30-50. One of the main hurdles was the lack of well-trained cardiologists in TAVI, so we called in proctors from outside. I was a certified proctor then; hence, I started travelling across India to train cardiologists interested in TAVI. Many others who returned after training in the US and Europe joined this journey later, and the numbers slowly started increasing; today, India performs about 4000 TAVIs per year.

So you can say the thirst for knowledge pulled me to Budapest, and the deal of training new people pulled me back to India."

How has the patient profile coming to you for TAVI changed since you started?

"Before we discuss how the profile changed, we should understand who requires TAVI. Our heart has four valves — Tricuspid, pulmonary, mitral and aortic. The aortic valve is the gatekeeper between the left ventricle and the pipe that takes blood throughout the body, called the aorta. With age, in some people, this valve degenerates due to calcium deposition on the leaflet, which decreases the normal valve area. When the valve area is decreased below 1 cm², we call it severe aortic stenosis. These patients have three basic symptoms: chest heaviness, breathlessness and giddiness and some people even present with fainting attacks.

Once a patient has severe aortic stenosis and is symptomatic with the above symptoms, the treatment is to replace the aortic valve. If the aortic valve is not replaced, 50% of patients die within two years; if it is replaced, the new valve can function for 10-15 years. Surgical aortic valve replacement was previously the gold standard. In surgical aortic valve replacement, the patient is put on a ventilator and bypass machine, the chest is opened, the natural aortic valve is removed, and a prosthetic aortic valve is sutured. The patient is normally in hospital for 8-10 days, and the total recovery period varies anywhere between 2-3 months. Degenerative aortic stenosis occurs



*A conversation with
Dr Amit Kumar Chaurasia, one
of India's first TAVI proctors, on the
valve replacement revolution that is
quietly rewriting survival odds for
the country's ageing heart patients.*

in patients above 60 years of age. Naturally, at this age, a lot of other diseases are present too: diabetes, hypertension, bad lungs, kidney disease. So surgical aortic valve replacement may not be possible from an anaesthesia perspective. For these patients, TAVI has been a boon. For TAVI, the patient undergoes an MSCT, which provides the aortic valve size and the size of the leg vessel through which the procedure is done. Following this, the patient is admitted a day before the procedure. Blood tests are done, and if there are no contraindications, the patient is shifted to the cath lab. The procedure is done under conscious sedation and local anaesthesia. A ventilator or bypass machine is not required in most patients. The usual procedure time is about 1-2 hours. After the procedure, the patient is shifted to the ICU

for monitoring. Usually, the patient is shifted to a room on the second day, and on the third day they are discharged. However, about 5-8% of patients may require a permanent pacemaker, and in these patients their hospital stay may be extended by a day or two.

Before 2016, importing the valve was a lengthy process. Cases were done on compassionate grounds. Government permission was required for every valve. Once government permission was granted, money was transferred to the US, and then the valve was imported. After that, you had to rely on foreign proctors to guide you through the process. This required a lot of time. However, in mid 2016, based on available trial data, the government approved the valve for commercial use, which made things easier. Soon, Meril de-

veloped the first indigenous valve, MyValve, which reduced the valve cost and, in turn, increased the number of procedures per year. As I said before, about 4000 TAVIs are done in India today, and you'll be surprised; the actual patient need is many times that number. So there are still hurdles, but you cannot fix them all at once, and that's what makes this journey more interesting."

You've trained doctors across India and many Asian countries and have been a part of many educational programs like IndiaValve, TAVI India, and Europe's PCR platforms. What's still the hardest skill to teach a cardiologist learning TAVI?

"Everyone in cardiology starts with coronary intervention and pacemaker implantation. The case volume is huge, and most operators are well trained. TAVI is a totally different ball game. You use large catheters, and learning to control them requires a learning curve. In addition, you need to learn how to interpret MSCT and determine the patient's risk profile. Patient risk assessment is the key point. Now, TAVI is approved for intermediate-risk patients, and these patients, if they outlive the valve, may require another valve implantation if the first valve degenerates. This is what we call lifetime management of the patient's valve. Two different valve platforms are available today. You need to learn to choose a valve based on the patient's risk assessment and after understanding the patient's lifetime management. Sometimes you need to unlearn certain things before you can learn something new. And this can be really challenging.

Cost is often the first question Indian families ask about TAVI. How has affordability changed since you started, and what still needs to improve?

"Before 2016, a single company supplied valves to India, and the price was about the price of a single valve, around 25 lakh. Then another American company entered, so competition brought the price down to about 19, 19.5 lakh. Then came the Indian valve, MyValve, from Meril. When we were doing the trials, there was a general consensus that being indigenous, it would be priced at 8 to 10 lakh. But when they analysed everything, they introduced it at 13 lakh. So now you had an Indian valve at 13 lakh and American valves at 18-19 lakh. This is the price of the valve, and you need to add procedure costs and other accessory costs. Over time, valve costs have decreased, lowering the total cost of the procedure.

For a middle-aged reader worried about an ageing parent, what are the early, easy-to-dismiss symptoms that deserve a cardiology visit — rather than being written off as "just old age"?

"Keep three main symptoms in mind:

chest heaviness on exertion; breathlessness — you could walk a kilometer comfortably before, now you're tired or breathless at 500 meters; and dizziness or a fainting attack. Add to that palpitations, and swelling in the feet or abdomen. Any of these — you should visit a cardiologist.

Any pain from below your jaw to above your navel should not be taken lightly. It could be a heart attack, also called a myocardial infarction. And I want to be clear — it's not only uneducated people or people from villages who neglect these symptoms. I've seen a lot of very educated, well-to-do people with chest pain who keep neglecting it. Time is muscle in cardiology — same as with a brain stroke. The more you delay, the more irreversible the damage.

When an artery gets blocked, the muscle it feeds doesn't get nutrition and starts dying, and that's when chest pain happens. Only dying muscle cries. Once the muscle has completely died, the pain is gone. A lot of people say, "I had pain, I refused treatment, now the pain isn't there, not realising that part of the muscle has already died. As the muscle has already died, the pain is gone, leaving behind consequences like low heart function and heart failure symptoms because of that.

When you have chest pain, the first test is always an ECG, and an acute heart attack is diagnosed by that. So don't wait for blood enzymes to be positive. By the time your blood test turns positive, two to three hours have already passed, because those enzymes only release once the muscle has died.

What would you say heart attacks and TAVI-treated aortic stenosis have in common — and where do they differ?

"A heart attack, to a great extent, you can prevent — take care of your diabetes, your hypertension, quit smoking, moderate exercise, manage stress, eat well. TAVI is for degenerative severe aortic stenosis — we don't fully know why it happens — so early detection and treatment play a huge part in prolonging lifespan."

Closing Thoughts: A Message for World Heart Day

"Don't delay. If you have symptoms visit your cardiologist — there is treatment for everything today. A disease like aortic stenosis is degenerative, it will happen over time and we don't fully know why. But a disease like heart attack, to a great extent, you can prevent — take care of your diabetes, your hypertension, quit smoking, moderate exercise, manage stress, eat well. And if you do get a disease, get it treated — there's no point suffering through it, when treatment exists.

The heart is one of the most precious organs in the body. Most damage to it is irreversible, except for a few conditions. So preserve it. You need to really, really preserve your heart."

SC questions FSSAI over 2028 food labels timeline

Abraham Thomas

letters@hindustantimes.com

NEW DELHI: The Supreme Court on Monday questioned the Food Safety and Standards Authority of India (FSSAI) over its decision to push the mandatory implementation of Front-of-Pack Nutrition Labelling (FoPL) to July 2028, as it reserved orders on revised guidelines submitted by the authority for the court's nod.

A bench of justices JB Pardiwala and K Vinod Chandran said, "Why do you need so much time and why do you need to start the consultation process afresh."

The FSSAI had last week informed the court of its decision to implement the labelling guidelines in a single phase, shifting from its earlier approach of introducing the norms in two phases depending on the number of "nutrients of concern" in a product.

The authority said the proposed guidelines would require consultation and finalisation, a process expected to take four

FOOD BUSINESS OPERATORS WOULD BE GIVEN A YEAR (365 DAYS) FROM THE DATE OF NOTIFICATION TO SHIFT TO THE NEW LABELLING REGIME

months, with the labelling norms to be notified by July 1 next year. Food business operators would then be given a year (365 days) from the date of notification to shift to the new labelling regime to ensure the least hardship.

The bench said, "We are undertaking this exercise for the good of the nation and the citizens and so we expect the authorities to accept our order in the true spirit. Whatever order we pass will be binding on all authorities."

The order was reserved in a public interest litigation (PIL) filed by "3S and Our Health Society". The society, represented by advocate Rajiv Shankar Dwivedi, submitted that the revised guide-

lines should be adopted and implemented immediately, as the consultation process had already been completed. He said the court had also backed the immediate rollout of FoPL guidelines as the issue concerns the health of citizens, particularly the young generation.

Additional solicitor general Brijender Chahar, appearing for the Centre, said consultations were mandatory as the previous FoPL guidelines were based on "star rating", while the proposed regime would depict HIGH FAT, HIGH SUGAR and HIGH SALT content in red hexagonal images against a white background.

The court also heard manufacturers led by senior advocate Maninder Singh before allowing the parties to file written submissions.

The bench indicated it would keep the petition pending to monitor implementation, saying, "Our directions will be in the larger interest of the country. We want the authorities not to disappoint us when it is time to review compliance of our directions."

Preeti Kulkarni@timesofindia.com

An IV (Intravenous) infusion set procured for Rs 11.05 but carrying an MRP (maximum retail price) of Rs 325 — a markup of 2,841%! A syringe with an MRP of Rs 57.20, but procured just Rs 6.75. A survey of hospital consumables conducted by the Maharashtra Food and Drug Administration (FDA) flagged this gap recently. State FDA commissioner Tukaram Mundhe's recent post on X highlighting this issue has, once again, put the spotlight on hospital pricing practices and the costs patients can end up bearing. The state FDA has called for a review of these findings and clear guidelines on the permissible gap between trade procurement price and declared MRP.

Mundhe's post has ignited a fierce debate among hospital officials, doctors, insurers, and patients on overcharging and lack of transparency on the part of hospitals. Doctors and hospitals, on their part, flagged insurers' approach of questioning the necessity of treatment and making arbitrary deductions from claim amounts.

Also, more recently, the Supreme Court took note of the nearly ten-fold gap between the price-to-retailer and MRP (Rs 2,700 vs Rs 27,000) of some essential cancer-treating drugs. A bench of Justices Vikram Nath and Sanjeev Mehta termed the difference in pricing as daylight robbery. Meanwhile, insurers see Mundhe's post as proof of what they have been saying all along. "A margin of 2,500%+ is sheer profiteering,"

PARMINDER KOHLI Delhi

Treatment: Father's dialysis sessions

Cashless challenge: Recurring delays in processing claims

Reason for delays and deduction: Not spelt out



Besides having to wait for six hours for insurer's cashless approval, we had to fund 25-30% of the bill out of our own pocket. The insurer did not offer any clarity on this deducted amount at the time of discharge

says Nilesh Sathe, former member, Insurance Regulatory and Development Authority of India (IRDAI) and independent director, Tata-ATA Life Insurance. "While Mundhe's post is about consumables, it vindicates insurers' long-standing contention that hospitals tend to inflate bills, leading to disputes around cashless claims. Insurers are not asking for lower prices, or a say in the treatment decisions, but the push is for reasonable charges,

How hospital-insurer clash is putting cashless insurance at risk

Inflated bills, delayed approvals, arbitrary deductions. As hospitals and insurers trade charges, policyholders are left footing the bill. What will it take to fix the system?

transparency and greater accountability"

"Most hospitals require patients to purchase medications exclusively from their in-house pharmacies, preventing them from buying the same drugs outside at significant discounts," adds Prashant Mhatre, all-India president, General Insurance Agents' Federation Integrated. "They typically justify this restrictive practice by raising concerns over medicine authenticity or cold chain integrity, even when the alternatives come from reputable chains willing to guarantee proper storage. Ultimately, by denying patient-policyholders the freedom to choose, such policies force consumers to pay unnecessarily high costs."

Hospitals, on the other hand, contend that healthcare cannot be treated as a uniform, one-size-fits-all service. "The cost of treatment can vary based on the patient's condition, complexity of procedure, consumables, implants, and duration of stay, among other factors," says Dr Giridhar Gyani, DG, Association of Healthcare Providers of India. Most charges for insured patients are predefined in agreed tariffs, he says. Disputes can, however, arise when insurers do not agree with certain charges or interpret tariffs differently.

Disputes And Distress

The insurer-hospital friction flares up often. In July, the General Insurance Council issued an advisory on hospital admissions for fever, recommending outpatient care for uncomplicated fever and infectious diseases, with hospitalisation reserved for cases of medical necessity. Hospitals feared insurers would use it to deny cashless approvals. The GI Council later clarified that the advisory was non-binding and did not override doctors' clinical judgement.

This followed the 2025 standoff over cashless tariffs, when hospitals and insurers suspended cashless facilities against each other, leaving patients in the lurch. In Aug, a parliamentary standing committee on health flagged that treatment costs at private hospitals could be up to 10 times higher than in govt hospitals. It recommended capping private hospital room rents in metropolitan cities at the average tariffs of nearby three-star hotels.

Take, for example, the case of Delhi-based Parminder Kohli's 68-year-old father, who needs regular dialysis. "During a recent session, besides having to wait for six hours for the insurer's cashless approval, we also had to fund 25-30% of the bill out of our own pocket. The insurer did not offer any clarity on this deducted amount at the time of discharge and has not reverted



Hospitals vs health insurers: Never-ending clash

Insurers say

- Hospitals' pricing policies lack transparency, cost break-ups opaque
- No standardisation of rates, treatment workflows; charges are unreasonable in some cases
- No clarity on inclusions in room rent, charge heads billed separately
- Hospitals unwilling to give explanations when there is deviation from established clinical protocols
- Difficult to control needless variation in costs, establish common norms when every case is treated as unique
- No healthcare regulator means little incentive for hospitals to play fair

Hospitals say

- Insurers question clinical decisions, including necessity of hospitalisation
- Insurers make arbitrary deductions from claim amounts
- Multiple queries, delayed cashless approvals lead to delayed discharges
- Opinions differ on interpretation of agreed tariffs, package rates, inclusions and exclusions
- Questions over the choice of medicines, procedures can lead to delays
- Insurers' payout processes are tedious, time-consuming

with details even now," he says. This, despite IRDAI's 2024 directive that insurers decide on cashless pre-authorisation within an hour, and on final approval within three hours of receiving the discharge bill.

Then comes the question of whether the hospitalisation was needed at all. Recently, Jaipur-based Imamuddin Khan rushed his wife to a hospital for food poisoning. He first called the insurer, which directed him to a network hospital, where doctors recommended admission. "I had spoken to their TPA (third-party administrator) after reaching the hospital. However, the company then rejected the claim, saying that the hospitalisation hadn't been necessary," he says. Khan is still pursuing the matter with the company's grievance redress cell.

Hospitals say such calls must rest with doctors. The clinical decision of what is medically appropriate for an individual patient should remain with the treating doctor," says Dr Gyani.

When Colonel (retired) Sandeep Gulati's daughter was admitted to a top-tier Noida hospital for treatment of urinary tract infection, the private general insurer initially issued the pre-authorisation or initial approval for the treatment. Then it withdrew the approval, saying the treatment was for a pre-existing disease. "That was not the case at all. Her pre-existing condition was related to a rod in her leg, which had to be inserted

after she met with an accident," says Gulati. The hospital wrote to the insurer explaining that the two conditions were not related, but the insurer would not accept even the treating doctor's word.

Finally, by the time the approval came through after three rejections and multiple back-and-forth calls, Gulati had already paid the bill of Rs 1.7 lakh out of pocket. The reimbursement that followed left out Rs 50,000 he had deposited with the hospital. "We are still pursuing our complaint for refund of that amount," says Gulati.

Delays can hurt as much as rejections. Insurance consultant Mayank Goswami recounts a case where his client had to be ad-

mitted for angioplasty at a Mumbai hospital. Complications stretched his stay and the insurer raised several queries. "The family received the cashless pre-authorisation only on day four, and the patient was discharged on day five. In the interim, since the approval had not been received, the hospital asked the family to arrange 50% of the expected bill amount as a deposit. For a family dealing with an emergency cardiac condition, this created significant financial and mental anxiety when they have purchased a health policy expecting cashless treatment," he explains. Insurers need clearly defined, time-bound processes for emergency cashless approvals, he says. "This will ensure that genuine medical scrutiny does not turn into financial uncertainty for the patients."

Reaching insurance officials who can take calls is a key challenge for families in such situations. "The staff manning call centres is often not equipped to handle such complaints from policyholders. They need someone to handhold them at a time when they or their loved ones are going through a tough time due to the treatment. Insurance companies should look to ease their concerns instead of making them go through endless loops," says Puneet Oberoi, founder, Finwise Services, a Delhi-based insurance and financial advisory firm.

Claims also get stuck or trimmed for reasons such as non-disclosure of pre-existing diseases, waiting periods, documentation gaps and admission only for diagnostics. "For deductions from the claim (leading to partial payout) amount, one common reason is proportionate deductions due to choice of room with rent higher than the eligible limit mentioned in the policy. Likewise, cost of consumables such as gloves, masks and syringes are often excluded from coverage (unless you have purchased a consumables cover), resulting in lower settlement," says Shilpa Arora, co-founder and CEO, InsuranceSamadhan.

Insurers say the only way to rein in soaring medical inflation (10-12% a year, by some estimates) and keep premiums in check is through a transparent pricing mechanism. "Each and every element of the cost must be clearly spelt out in a comparable format. There is no doubt that doctors will decide the course of treatment. Insurers are not looking to dictate those terms," says Segar Sampathkumar, former director, health, General Insurance Council. He suggests hospitals start by publishing rates and treatment protocols of, say, 75 common procedures where ICMR has issued guidelines. "If

exceptions are to be made, the onus should be on hospitals to say why the deviation was warranted," he says.

Sathe has a more radical proposal: "Hospitals are now commercial institutions. They cannot be allowed to profiteer and renounce all accountability. A health-care regulator, govt-imposed caps on pricing — and even nationalisation of hospitals in the interest of patients — is need of the hour in the interest of patients," he says.

Hospitals, meanwhile, want insurers to fix their processes, starting with faster, more automated pre-authorisations for planned procedures. "There should be greater predictability at the time of final settlement, with limited scope for raising new queries at discharge," says Dr Gyani.

Arora believes a centralised digital claims exchange can improve the claim experience. "Currently, every insurer or TPA operates in its own siloed portal, using different pre-authorisation formats, documentation checklists and billing rules. The lack of uniformity causes massive operational

IMAMUDDIN KHAN Jaipur

Treatment: Wife treated at a private hospital for food poisoning

Cashless challenge: Insurer directed the couple to an empanelled hospital; later rejected the claim

Reason for rejection: Insurer said hospital admission was not needed



bottlenecks," she says. But the National Health Claims Exchange has yet to take off, with each side blaming the other.

For now, hospitals and insurers are engaging through bodies such as the General Insurance (GI) Council, Federation of Indian Chambers of Commerce and Industry Confederation of Indian Industry and NATHEALTH-Healthcare Federation of India, while a grievance redress framework between the two sides is on the cards.

Fight For Your Rights

Policyholders may not have a seat at the table, but they are not powerless. "A cashless rejection by a TPA is not the final rejection. Often, it means more documentation or verification is required," says Arora.

Ask for a written denial letter citing the policy clause. Then check with the insurer or TPA helpline whether a fresh doctor's note or the missing papers can reverse the decision. If not, pay the hospital so treatment continues. Collect the discharge summary, itemised bills, lab reports, prescriptions and the denial letter, and file a reimbursement claim within the deadline in your policy. "Many claims denied get approved at the reimbursement stage once complete paperwork is reviewed," she says. If that fails, escalate to the insurer's grievance redress officer, then the insurance ombudsman, and finally the consumer court.

COL (RETD) SANDEEP GULATI Noida

Treatment: Daughter treated for a urinary tract infection

Cashless challenge: Insurer rejected the claim citing pre-existing disease, despite treating doctors certifying to the contrary

Reason for rejection: Pre-existing illness exclusion



H1N1 dominates flu strains in India, accounts for 3 out of 4 cases: WHO

New Delhi: H1N1 is the dominant flu strain detected in India, accounting for three out of every four influenza-positive samples reported in the latest surveillance data, according to World Health Organization (WHO), reports **Anuja Jaiswal**.

The finding is from WHO's surveillance data for weeks 36 and 37 of 2026, covering Sept 1 to 14 and updated on Sept 21. Across the South-East Asia region, 817 of 3,632 samples tested positive for influenza, giving an overall positivity rate of 22%.

India stood out for a high share of H1N1 among its positive samples. The

A(H1N1)pdm09 accounted for 75% of influenza-positive samples in India, compared with 50% across the region. It was also the dominant strain in Bhutan and Thailand, where it accounted for 97% and 74% respectively.

Dr Rommel Tickoo, senior director, internal medicine, Max hospital, said H1N1 remains a seasonal strain, with higher complication risks for older adults, pregnant women, young children and people with underlying illnesses. He advised vaccination, respiratory hygiene, early testing where appropriate and timely antiviral treatment for high-risk patients.

107

Govt can permit manufacture of highly-priced patented drugs: HC

'Can Invoke Patents Act Sec 100 For Non-Commercial Sale To Needy'

Abhilash.R@timesofindia.com

Kochi: A breast cancer drug costing more than Rs 58,000 for a 21-day course has prompted the Kerala HC to invoke Section 100 of Patents Act, saying Union govt should authorise non-commercial manufacture and sale of patented medicines for needy patients when it finds the medicine steeply priced as the law permits it to do so.

The high court held that the govt cannot narrowly restrict its power to intervene in patented medicines when exorbitant prices put life-saving treatment beyond patients' reach.

Justice Harisankar V Menon's ruling came after 57 listings, without a final hearing, since Jan 2023, and the death of the breast cancer patient who had filed the case.

The case was about the prohibitive cost of a patented breast cancer drug, Ribociclib, which can cost a patient more than Rs 58,000 for a 21-day course and about Rs 7.9 lakh a year. The petition was filed in 2022 and the HC continued it suo



Govt cannot narrowly restrict its power to intervene in patented medicines when exorbitant prices put life-saving treatment beyond patients' reach, the court said

motu in public interest after the patient's death, recognising the wider implications for access to life-saving medicines.

The single-judge bench rejected the narrow interpretation advanced by Centre and pharma companies that Section 100 covered only direct govt use. It held that sub-sections (4) and (6) permit govt to authorise any person to manufacture and sell patented medicines on a non-commercial basis.

While it stopped short of issuing a direct mandamus, HC held that Section 100 must be

invoked when a patented medicine is sold at a steep price.

The case had faced prolonged delay. A working group on access to medicines—a network of patients, social organisations, academics and lawyers—had written to the Chief Justice of India seeking steps to expedite the hearing.

For patients with Luminal A (HR+/HER2-) breast cancer, targeted drugs such as Ribociclib and Abemaciclib can be critical, including at an early stage. The group said patent protection made them prohibi-

tively expensive, citing monthly costs of more than Rs 78,400 for Ribociclib and Rs 47,700 to Rs 95,500 for Abemaciclib.

The petition had sought a govt-use licence under Section 100, which could enable local production of generic Ribociclib at substantially lower prices. The group said generic versions are often 90-95% cheaper. It also said govt had acknowledged the drug's effectiveness but refused a govt-use licence on the ground that breast cancer did not constitute a matter of national urgency.

The verdict also settled a dispute over Ribociclib and Palbociclib, holding that the two drugs are not interchangeable because they are used at different stages of cancer.

HC ended its judgement with an epilogue invoking MT Vasudevan Nair's film Sukrutham, which depicts cancer patients and caregivers struggling with the cost of treatment. The situation remained unchanged three decades after Sukrutham won national and state accolades, the court said.

ग्लास स्किन ट्रेंड से परेशान न हों 80% से ज्यादा किशोरों को मुंहासे

ज्यादा प्रोडक्ट इस्तेमाल करने से त्वचा में जलन और दूसरी समस्याएं
अमर उजाला नेटवर्क

लंदन/नई दिल्ली। सोशल मीडिया पर बेदाग और चमकदार त्वचा यानी 'ग्लास स्किन' का ट्रेंड किशोरों के बीच तेजी से लोकप्रिय हो रहा है। कई किशोर सोशल मीडिया इन्फ्लुएंसर्स के वीडियो देखकर कई तरह के सीरम, टोनेर, मास्क और एक्सफोलिएटिंग प्रोडक्ट इस्तेमाल करने लगे हैं। अपेक्षित परिणाम न मिलने पर युवा तनाव में आ जाते हैं। विशेषज्ञों का कहना है कि इस उम्र में त्वचा की देखभाल के लिए लंबी-चौड़ी स्किनकेयर रूटीन जरूरी नहीं है। उल्टा, जरूरत से ज्यादा प्रोडक्ट इस्तेमाल करने से त्वचा में जलन और दूसरी समस्याएं बढ़ सकती हैं। बीबीसी की रिपोर्ट के मुताबिक, 13 से 18 वर्ष की उम्र के 80 प्रतिशत से अधिक किशोरों को एक्ने यानी मुंहासों की समस्या होती है।

त्वचा विशेषज्ञों के मुताबिक किशोरावस्था में हार्मोनल बदलाव के कारण त्वचा में तेल का उत्पादन बढ़ता है। इससे बालों के रोम बंद होने और सूजन के कारण ब्लैकहेड्स, व्हाइटहेड्स और मुंहासे हो सकते हैं। विशेषज्ञों का कहना है कि सोशल मीडिया पर दिखाई देने वाली बिल्कुल साफ और बेदाग त्वचा को सामान्य मानक नहीं समझना चाहिए। पोर्स, ब्लैकहेड्स, लालिमा और कभी-कभी मुंहासे किशोर त्वचा का सामान्य हिस्सा हो सकते हैं।



युवाओं को 5 जरूरी सुझाव

■ रूटीन रखें आसान...विशेषज्ञों के अनुसार किशोरों की बेसिक स्किनकेयर रूटीन में हल्का क्लेजर, खुशबू रहित मॉइस्चराइजर और एसपीएफ 30 या उससे अधिक वाला ब्रॉड-स्पेक्ट्रम सनस्क्रीन पर्याप्त आधार हो सकता है।

ज्यादा प्रोडक्ट का मतलब बेहतर त्वचा नहीं एक साथ कई सीरम, टोनेर, मास्क और मजबूत एक्टिव इंग्रीडिएंट त्वचा की सुरक्षात्मक परत को नुकसान पहुंचाते हैं। हाइड्रॉक्सी एसिड व रेटिनॉयड जलन और त्वचा संबंधी समस्याएं बढ़ा सकते हैं।

■ मुंहासे न दबाएं मुंहासों को बार-बार छूने या फोड़ने से सूजन बढ़ सकती है और दाग या त्वचा के रंग में बदलाव का खतरा बढ़ सकता है।

■ नींद व खानपान पर ध्यान दें...पर्याप्त नींद जरूरी है। नींद की कमी से कॉर्टिसोल जैसे स्ट्रेस हार्मोन का स्तर बढ़ सकता है, जो कुछ लोगों में मुंहासों को बढ़ाने से जुड़ा है।

■ गंभीर एक्ने में डॉक्टर से सलाह लें...अगर मुंहासे लगातार बने हुए हैं, दर्दनाक या सिस्टिक हैं या त्वचा पर दाग छोड़ रहे हैं तो सोशल मीडिया की सलाह के बजाय त्वचा विशेषज्ञ से संपर्क करना चाहिए।

70% दिल के मरीजों के पास नहीं है स्वास्थ्य सुरक्षा...इलाज भी महंगा

आदित्य सोफत

शिमला। हिमाचल समेत देशभर में 70 फीसदी हृदय रोगियों के पास उपचार करवाने का सुरक्षा कवच कमजोर है। प्रदेश में 10 में से सात मरीजों के पास किसी भी प्रकार का स्वास्थ्य बीमा या वित्तीय सुरक्षा नहीं है। हैरत की बात तो यह है कि कई मरीजों को संपत्ति बेचकर उपचार करवाने पर मजबूर होना पड़ रहा है।

इसके अलावा हार्ट फेलियर से संबंधित बीमारी का उपचार करवाने के लिए कई मरीज कर्ज तले दब चुके हैं, क्योंकि उनका लंबा उपचार चलता है। मरीजों को कई बार अस्पताल में भर्ती भी होना पड़ता है। शिमला समेत 21 राज्यों के 53 अस्पतालों में अध्ययन के बाद हैरान करने वाले खुलासा हुआ है। यह

विश्व हृदय दिवस

37.7%

परिवार झेल रहे अत्यधिक स्वास्थ्य खर्च



अध्ययन मार्च 2026 में अंतरराष्ट्रीय जर्नल ग्लोबल हार्ट में प्रकाशित हुआ है। देशभर में हृदय बीमारी से पीड़ित मरीजों के वित्तीय और क्लीनिकल डेटा का विश्लेषण किया गया। इसमें पता चला कि मरीजों का औसतन 1.06 लाख रुपये सालाना खर्च हो रहा है। हालात ऐसे हैं कि गंभीर बीमारी के उपचार के लिए सरकार की ओर से भी कोई अलग से बीमा योजनाएं नहीं चलाई गई हैं। इस कारण मरीजों के हर साल

लाखों रुपये खर्च हो रहे हैं। इंदिरा गांधी मेडिकल कॉलेज एवं अस्पताल (आईजीएमसी) के पूर्व विभागाध्यक्ष डॉ. प्रकाश चंद नेगी ने देश के कार्डियोलॉजिस्ट्स के साथ मिलकर यह अध्ययन किया है। इसके अलावा 37.7 फीसदी परिवार कैटास्ट्रोफिक हेल्थ स्पेंडिंग (अत्यधिक स्वास्थ्य खर्च) का सामना कर रहे हैं, जहां इलाज का खर्च उनकी क्षमता से बाहर हो जाती है।

भारत में जन्मजात हृदय रोग से 31 साल में 15 लाख शिशुओं की मौत

17.7 फीसदी परिवारों को लेना पड़ा कर्ज

रिपोर्ट के मुताबिक 17.7% परिवारों को इलाज के लिए कर्ज लेना पड़ा या संपत्ति बेचनी पड़ी है। बीमारी के कारण 32.3% मरीजों और 36.2% परिवारों की मासिक आय में सीधी गिरावट आई है। इसके अलावा यह भी सामने आया कि जिन मरीजों के पास स्वास्थ्य बीमा था, उन्हें आर्थिक संकट से नहीं गुजरना पड़ा।

■ अध्ययन में सुझाव दिया गया है कि सरकार को हृदय मरीजों की ओर ध्यान देना चाहिए और अलग से बीमा करवाना चाहिए। इससे उपचार करवाने में आसानी होगी।

सीने में दर्द ही नहीं अचानक हाथ-पैर ठंडे पड़ना और सांस फूलना भी हार्ट अटैक के बड़े लक्षण

नई दिल्ली (हिमांशु अरविंद मिश्र)। हार्ट अटैक का मतलब हमेशा तेज सीने का दर्द नहीं होता। कुछ मरीजों में शरीर के दूसरे संकेत पहले दिखाई दे सकते हैं। नए शोध में हार्ट अटैक से पहले कई नए लक्षण सामने आए हैं। हाथ-पैर ठंडे पड़ना और सांस लेते समय फेफड़ों में खरखराहट जैसी निशानियों को भी हार्ट अटैक से जोड़ा गया है। शोध में पाया गया कि जिन मरीजों में हाथ-पैर ठंडे थे, उनमें अस्पताल में मौत का खतरा काफी ज्यादा था। फेफड़ों में खरखराहट भी गंभीर स्थिति का संकेत विशेषज्ञों ने माना है। बीएमसी कार्डियोवैस्कुलर डिस्ऑर्डर्स और अमेरिकन कॉलेज ऑफ कार्डियोलॉजी में प्रकाशित दो अलग-अलग शोध के नतीजों से ये चौंकाने वाले तथ्य सामने आए हैं।

जन्मजात हृदय रोग चुनौती : भारत में जन्मजात हृदय रोग बढ़ी चुनौती है। 1990 से 2021 के आंकड़ों के अनुसार, जन्मजात हृदय रोग से जुड़े करीब 15 लाख शिशुओं की मौत हुई। हर साल करीब 1.8 से 2 लाख बच्चे हृदय विकारों के साथ पैदा हो रहे हैं।

नए शरीर के अनुसार जैविक उम्र बदल लेता है प्रत्यारोपित दिल

बोस्टन/नई दिल्ली। हार्वर्ड मेडिकल स्कूल और ब्रिघम एंड विमस हॉस्पिटल के वैज्ञानिकों ने एक अध्ययन में खुलासा किया है कि प्रत्यारोपित दिल नए शरीर के अनुसार अपनी जैविक उम्र को बदल लेते हैं। यदि एक उम्रदराज दिल किसी युवा शरीर में ट्रांसप्लांट किया जाता है, तो वह जैविक रूप से 'जवान' होने लगता है। इसके विपरीत, युवा दिल किसी उम्रदराज शरीर में जाने पर तेजी से बूढ़ा होने लगता है। ■ अमर उजाला रिसर्च



अभी उम्रदराज दिल को लेकर डर : अभी अधिक उम्र के डोनर्स के अंगों को अक्सर कमजोर मानकर खारिज कर दिया जाता है। इस खोज से उम्मीद जगी है कि उम्रदराज डोनर्स के दिल भी युवाओं में जाकर दोबारा सक्रिय और युवा हो सकते हैं। वैज्ञानिकों ने युवा और बूढ़े चूहों के बीच दिल का ट्रांसप्लांट कर यह नतीजे निकाले हैं।

और महाप्रबन्धक (वाणिज्यिक) आरके यादव भी मौजूद थे।

चिकित्सा प्रौद्योगिकी पहुंच पर राष्ट्रीय नीति शिखर सम्मेलन, स्वस्थ भारत पर चर्चा

नई दिल्ली (वि)। भारतीय चिकित्सा संसदीय मंच (आईएमपीएफ) ने मंगलवार को वापी, गुजरात में राष्ट्रीय नीति शिखर सम्मेलन आयोजित किया। इसका विषय 'स्वस्थ भारत से सक्षम भारत : भारत में चिकित्सा प्रौद्योगिकी पहुंच की नई परिकल्पना' था। सम्मेलन का उद्देश्य चिकित्सा प्रौद्योगिकी पारिस्थितिकी तंत्र को मजबूत करना और किफायती स्वास्थ्य



व्यावसायिक गतिविधि

प्रौद्योगिकियों तक पहुंच बढ़ाना था। राज्यसभा सांसद और आईएमपीएफ के अध्यक्ष डॉ. अनिल सुखदेवराव बोंडे ने सम्मेलन की अध्यक्षता की। इसमें सांसद, वरिष्ठ सरकारी अधिकारी, स्वास्थ्य संस्थान और उद्योग हितधारकों समेत औषधि विभाग, भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद और स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के प्रतिनिधियों ने भाग लिया। पहली चर्चा स्वदेशी चिकित्सा प्रौद्योगिकी विकास और वैश्विक प्रतिस्पर्धात्मकता पर केंद्रित थी। दूसरी चर्चा नवाचार के माध्यम से गुणवत्तापूर्ण देखभाल तक पहुंच के विस्तार पर केंद्रित थी। डॉ. बोंडे ने कहा कि पहुंच के बिना नवाचार का प्रभाव सीमित होता है। रसायन एवं उर्वरक मंत्रालय के औषधि विभाग के सचिव मनोज कुमार जोशी ने भारत में चिकित्सा उपकरणों में आत्मनिर्भर बनाने पर जोर दिया। पैनल की अध्यक्षता डॉ. जशवंतसिंह परमार ने की। संचालन डॉ. शर्मिला सरकार ने किया, जिसमें डॉ. गौरव शंकर प्रधान, डॉ. शैलेश कुमार यादव और डॉ. सुचिता मारकन पैनलिस्ट के रूप में शामिल हुए।

संकेत

एम्स के अध्ययन में उन्नत कार्डियक एमआरआई से दिल की मांसपेशियों में सूक्ष्म बदलावों के मिले पहले ही संकेत

दिल की सूजन का अब पहले चल सकेगा पता

विश्व हृदय दिवस

68 फीसदी मरीजों को थी धड़कन तेज होने की शिकायत

अध्ययन में शामिल मरीजों की औसत उम्र 38 वर्ष थी। 68.4 फीसदी मरीजों को दिल की धड़कन तेज या अनियमित होने की समस्या थी, जबकि 52.63 फीसदी मरीजों को सांस फूलने की शिकायत थी। एमआरआई जांच में 63.15 फीसदी मरीजों में एलजीई के संकेत मिले। इनमें बीमारी का असर मुख्य रूप से हृदय की मांसपेशियों के बीच वाले हिस्से और बाहरी परत के पास देखा गया।

■ टी-1 मैपिंग में 1,029 मिलीसेकंड के कटऑफ पर प्रभावित हिस्सों की पहचान की संवेदनशीलता 87.5 फीसदी और विशिष्टता 96.9 फीसदी रही। वहीं, एलजीई में सामान्य दिखने वाले सात मरीजों में टी-1 मैपिंग ने हृदय के 112 हिस्सों में से 38 में असामान्यता के संकेत दिए। इन सभी मरीजों में कम से कम एक प्रभावित हिस्सा मिला। पीईटी जांच कराने वाले दोनों मरीजों में हृदय की सक्रिय सूजन की पुष्टि हुई।

यह अध्ययन इंडियन जर्नल ऑफ रेडियोलॉजी एंड इमेजिंग में प्रकाशित हुआ है। डॉक्टरों के अनुसार, हृदय की मांसपेशियों में होने वाले बदलावों की

पहचान में यह तकनीक उपयोगी साबित हो सकती है।

एम्स के कार्डियोवैस्कुलर रेडियोलॉजी एंड एंडोवैस्कुलर

एमआरआई से बीमारी की सक्रियता का आकलन

अध्ययन में एमआरआई और पीईटी-सीटी दोनों जांच कराने वाले दस मरीजों में एमआरआई ने पांच और पीईटी ने आठ मरीजों में सक्रिय बीमारी का पता लगाया। हालांकि, दोनों जांचों के परिणामों में अंतर सांख्यिकीय रूप से महत्वपूर्ण नहीं पाया गया। शोधकर्ताओं के अनुसार, संदिग्ध कार्डियक सारकोइडोसिस में टी-1, टी-2 मैपिंग और एलजीई का संयोजन हृदय की भागीदारी का पता लगाने में उपयोगी हो सकता है। अध्ययन टीम में डॉ. विनोता ओझा, डॉ. दिनकर भसीन, डॉ. विश्वजीत सिंह और डॉ. अरुण शर्मा सहित कई अन्य डॉक्टर शामिल थे।



कार्डियक सारकोइडोसिस के लक्षण

डॉ. मल्ही के अनुसार, सारकोइडोसिस सूजन संबंधी बीमारी है, जो शरीर के कई अंगों को प्रभावित कर सकती है। हृदय में इसका असर गंभीर जटिलताओं का कारण बन सकता है। शुरुआती चरण में कई मरीजों में स्पष्ट लक्षण नहीं दिखते। बीमारी बढ़ने पर धड़कन अनियमित होना, हृदय की विद्युत गतिविधि में गड़बड़ी, पंपिंग क्षमता कम होना और हार्ट फेल्योर जैसी समस्याएं हो सकती हैं। कुछ मामलों में अचानक हृदय संबंधी मृत्यु का जोखिम भी रहता है।

एन्हांसमेंट (एलजीई) को शामिल करने से हृदय की मांसपेशियों पर बीमारी के प्रभाव का बेहतर आकलन किया जा सकता है।

नई वि में अ डिलीव लिए अ के घर पहुंचाने अनलॉ पड़ता कारोवा हो जाती कारो पहले व व्यवस्था अब बड़ी अपने पते चाहते हैं डिलीवरी कुछ माम अलग लि ग्राहक को

और मामलों में सुप्रीम टिप्पणी

बच्चों की सोशल मीडिया पहुंच को नियंत्रित करने के लिए प्रभावी सुरक्षा तंत्र तैयार करे केंद्र सरकार

नाबालिगों की सोशल मीडिया पहुंच को लेकर चिंतित सुप्रीम कोर्ट ने कहा, केंद्र इसे रोकने के लिए प्रभावी सुरक्षा तंत्र तैयार करे।

■ सीजेआई जस्टिस सूर्यकांत, जस्टिस जॉयमाल्या बागची और जस्टिस वी मोहना की पीठ ने कहा, डिजिटल प्लेटफॉर्म भारतीय कानूनों के अनुरूप काम करें। जस्टिस बागची ने कहा, 12-15 वर्ष के बच्चों से अकाउंट बनाने का अनुबंध कया जा रहा है। उन्हें इसे 18 वर्ष करना चाहिए।

याचिकाकर्ता जस्ट राइट्स फॉर चिल्ड्रन अलायंस के वकील एचएस फुल्का ने कहा, 18 वर्ष से कम उम्र के बच्चों की ओर से किए गए अनुबंध कानूनन मान्य नहीं है। ऐसे में बच्चों की ओर से किए गए सोशल मीडिया अकाउंट अनुबंध शून्य हैं।

■ जब सीजेआई ने सरकार को निर्देश जारी करने की बात कही तो सॉलिसिटर जनरल तुषार मेहता ने कहा, सरकार खुद ही इस बारे में कदम उठाएगी।

हृदय में सारकाइडोसिस के शुरुआती संकेत बताएगा एमआरआइ

विश्व हृदय दिवस

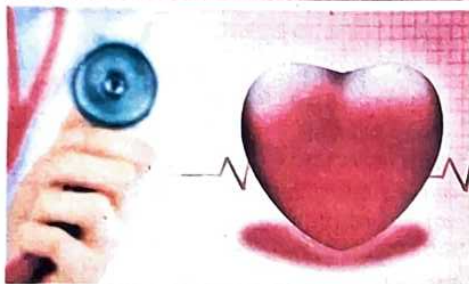
(29 सितंबर) पर विशेष

अनूप कुमार सिंह • जगहरा

नई दिल्ली : कई बार शरीर में बीमारी के संकेत मौजूद होते हैं, लेकिन सामान्य जांच में उनका पता नहीं चल पाता। हृदय में होने वाला सारकाइडोसिस भी ऐसी ही बीमारी है। एम्स के डिपार्टमेंट आफ कार्डियोवास्कुलर रेडियोलॉजी एंड एंडोवास्कुलर इंटरवेंशंस के शोध में सामने आया है कि एमआरआइ की मदद से हृदय में सारकाइडोसिस के शुरुआती बदलावों को पहचाना जा सकता है। शोध का प्रकाशन 2026 में इंडियन जर्नल आफ रेडियोलॉजी एंड इमेजिंग में हुआ है। शोध का नेतृत्व एम्स के डा. अमरेंद्र सिंह ने

• एम्स के शोध में सात मरीजों में सामने आई बीमारी, भारत में अपनी तरह का पहला शोध

• सामान्य स्कैन में पता नहीं चलता, क्वांटिटेटिव कार्डियक एमआरआइ टी1 मैपिंग से पकड़ में आई बीमारी



किया है। डा. अमरेंद्र सिंह के अनुसार सारकाइडोसिस ऐसी बीमारी है, जिसमें शरीर की प्रतिरक्षा प्रणाली की प्रतिक्रिया के कारण अलग-अलग अंगों में सूजन के छोटे-छोटे

गुच्छे बनने लगते हैं। इसका असर मुख्य रूप से फेफड़ों और लिम्फ टिशू पर होता है। कुछ मरीजों में यह हृदय को भी प्रभावित करता है, जिसे कार्डियक सारकाइडोसिस कहा

19 मरीजों व छह स्वस्थ लोगों को भी शोध में किया गया शामिल

शोध में बायोप्सी से सारकाइडोसिस की पुष्टि वाले 19 मरीजों को शामिल किया गया। तुलना के लिए छह स्वस्थ लोगों को भी लिया गया। सभी की एमआरआइ जांच में लेट गैडोलीनियम एन्हांसमेंट (एलजीई), टी1 मैपिंग और टी2 मैपिंग तकनीकों का इस्तेमाल किया गया। 12 मरीजों में एलजीई के जरिए हृदय में बीमारी के संकेत मिले। सात मरीजों में एलजीई सामान्य था, लेकिन बीमारी से जुड़े लक्षण मौजूद थे। इन मरीजों में टी1 मैपिंग बढ़ी हुई मिली। दो मरीजों में एफडीजी-पीईटी जांच से भी सूजन की पुष्टि हुई।

जाता है। इससे हृदय की मांसपेशियों में सूजन और बाद में निशान पड़ सकते हैं। इससे धड़कन अनियमित होने और हृदय की पंपिंग क्षमता कम होने का खतरा रहता है।

टी1 और टी2 मैपिंग से मिलती है अतिरिक्त जानकारी

टी1 मैपिंग से हृदय की मांसपेशी में होने वाले बदलावों को सख्या के रूप में मापा जाता है। टी2 मैपिंग हृदय की मांसपेशी में सूजन और पानी की मात्रा बढ़ने जैसे बदलावों की जानकारी देती है। पारंपरिक जांच में कार्डियक सारकाइडोसिस की गंभीरता स्पष्ट नहीं होती। क्वांटिटेटिव मैपिंग से हृदय की मांसपेशी में होने वाले शुरुआती बदलाव पहचानने में मदद मिल सकती है। शोध में 10 मरीजों की एमआरआइ और पीईटी दोनों जांच की गई। पीईटी में आठ और एमआरआइ में पांच मरीजों में बीमारी के संकेत मिले। शोधकर्ताओं ने स्पष्ट किया कि अध्ययन में मरीजों की संख्या कम थी। इसलिए इन निष्कर्षों की पुष्टि के लिए बड़े स्तर पर आगे शोध की जरूरत होगी।

डाक्टर की सलाह के बिना बार-बार दर्द की दवा लेना किडनी के लिए बेहद खतरनाक

जागरण संवाददाता, नई दिल्ली : बिना डाक्टर की सलाह के बार-बार दर्द की दवा लेना किडनी के लिए नुकसानदायक साबित हो सकता है। इसे देखते हुए केंद्रीय औषधि मानक नियंत्रण संगठन (सीडीएससीओ) ने लोगों को नान-स्टेरायडल एंटी-इंफ्लेमेटरी ड्रग्स (एनएसएआइडी) और एंटीबायोटिक दवाओं का बिना जरूरत इस्तेमाल नहीं करने की सलाह दी है।

सीडीएससीओ के अनुसार, ज्यादातर एनएसएआइडी अनुसूची एच के तहत आने वाली दवाएं हैं। इसलिए इन्हें डाक्टर की सलाह से ही लेना चाहिए। नेफ्रोलोजी विशेषज्ञों के अनुसार, जिम करने, कमर या मांसपेशियों में दर्द, माहवारी के दौरान दर्द और खेल के दौरान चोट

सीडीएससीओ ने नान-स्टेरायडल एंटी-इंफ्लेमेटरी ड्रग्स और एंटीबायोटिक दवाओं का बेवजह इस्तेमाल नहीं करने की सलाह दी

लगने पर युवा डाइक्लोफेनाक, इबुप्रोफेन और केटोरोलैक जैसी दवाएं बार-बार लेते हैं।

एम्स दिल्ली के नेफ्रोलोजी विशेषज्ञ प्रो. डा. संदीप महाजन के अनुसार, इन दवाओं का लंबे समय तक या बार-बार इस्तेमाल किडनी की कार्यक्षमता को प्रभावित कर सकता है।

सीडीएससीओ ने लोगों को बिना चिकित्सकीय सलाह एंटीबायोटिक लेने से भी बचने को कहा है। जरूरत न होने पर एंटीबायोटिक लेने

दिल्ली में करीब 14 हजार मरीज डायलिसिस पर

भारतीय नेफ्रोलोजी जर्नल में प्रकाशित आंकड़ों के अनुसार, दिल्ली में करीब 13,500 मरीज हेमोडायलिसिस और लगभग 550 मरीज पेरिटोनियल डायलिसिस पर निर्भर हैं। वहीं, ग्लोबल बर्डन आफ डिजीज (जीबीडी) अध्ययन के अनुसार भारत में करीब 13.8 करोड़ वयस्क क्रानिक किडनी डिजीज से प्रभावित हैं।

से दवाओं के प्रति बैक्टीरिया में प्रतिरोधक क्षमता बढ़ सकती है। इसे एंटीमाइक्रोबियल रेजिस्टेंस (एएमआर) कहा जाता है।

(2)

अनूप

नई दिल्ली के सामान्य चला सार है। कारी एंडे सा मव शु सव में एं ने

दूध-काँफी कम कर रहे एंटीबायोटिक का असर

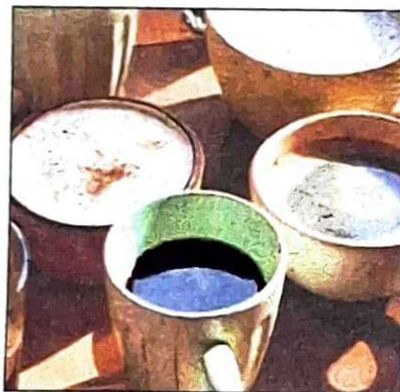


सेहत

बर्लिन, एजेंसी। सुबह की चाय, दोपहर में दही, शाम की काँफी या फिर रात में एक गिलास वाइन एंटीबायोटिक दवा के असर को कम कर सकती है। अपने आहार में जरूरी बदलाव कर इस परेशानी से बचा जा सकता है।

इस संबंध में भारत और जर्मनी स्थित कई देशों के स्वास्थ्य विशेषज्ञों ने अध्ययन किया है। उनके अनुसार, भोजन और दवाओं का यह रिएक्शन हर एंटीबायोटिक के हिसाब से अलग-अलग होता है। दूध, दही, पनीर जैसी डेयरी चीजें, कैल्शियम-फोर्टिफाइड जूस, टोफू और कैल्शियम सप्लीमेंट कुछ खास एंटीबायोटिक दवाओं के लिए रुकावट बनते हैं। पेट और पाचन

मरीजों को दवा लेने में क्या सावधानी बरतनी चाहिए



जब डॉक्टर एंटीबायोटिक लिखें तो साफ तौर पर पूछें कि दवा खाने के साथ लेनी है या खाली पेट। अगर दवा के साथ दूध या कैल्शियम मना है तो दवा लेने और डेयरी प्रोडक्ट खाने के बीच कम से कम 2 घंटे का अंतर रखें। पर्चे पर दी गई गाइडलाइंस को ध्यान से पढ़ें कि क्या कैफीन या खट्टे फलों से परहेज करना है। हर एंटीबायोटिक का व्यवहार अलग होता है।

तंत्र में मौजूद कैल्शियम एंटीबायोटिक दवा के अणुओं के साथ चिपक जाता है और एक ऐसा यौगिक बना लेता है, जिसे शरीर आसानी से सोख नहीं पाता। इसका नतीजा यह होता है कि दवा की बहुत कम मात्रा ही हमारे खून तक पहुंच पाती है और दवा बेअसर होने लगती है। संतरे, मौसमी, प्रेपफ्रूट

और टमाटर जैसे फल दवाओं के पचने की प्रक्रिया में रुकावट डालते हैं।

शरीर में कैफीन के टूटने या पचने की गति हो सकती है धीमी : इसके अलावा अत्यधिक खट्टेपन वाले खाद्य पदार्थ, नींबू, संतरा और टमाटर दवाओं की स्थिरता को प्रभावित कर सकते हैं।

नकली पनीर पर नकेल बहुत जरूरी

भारतीय खाद्य सुरक्षा एवं मानक प्राधिकरण (एफएसएसआई) ने अमली और नकली पनीर के बीच स्पष्ट अंतर करने की दिशा में जो पहल की है, वह उपभोक्ता अधिकार, खाद्य सुरक्षा और ईमानदार डेयरी उद्योग-तीनों के हित में एक महत्वपूर्ण कदम है। हाल के वर्षों में बाजार में बड़ी मात्रा में एनालॉग पनीर ऐसे उत्पाद के रूप में विक्रय हो रहा था, जो देखने में पनीर जैसा होता है, लेकिन वह दुध के बजाय वनस्पति तेल, स्टार्च और अन्य गैर-दुध पदार्थों से तैयार किया जाता है। यही ध्रुव दूर करने के लिए एफएसएसआई ने कवायद शुरू की है।

दरअसल, एनालॉग उत्पाद बनाना अपने आप में गलत नहीं है, लेकिन उसे 'पनीर' के नाम से बेचना उपभोक्ता को गुमराह करना है। ऐसे उत्पाद की पारदर्शिता और संरचना पारंपरिक दुध से बने पनीर से अलग होती है, इसलिए

उपभोक्ता को यह जानने का अधिकार है कि वह जो खरीद रहा है, वह वास्तव में दुध से बना पनीर है या उसका विकल्प? इसीलिए यह मसौदा संशोधन जारी किया गया है, जिसके अनुसार दुध से निर्मित न होने वाले किसी भी उत्पाद को 'पनीर' नाम, लेबल या प्रचार में उपयोग करने की अनुमति नहीं होगी। जिन कंपनियों के पास इसका लाइसेंस नहीं है, उन्हें अपने उत्पादों से 'पनीर' शब्द हटाना होगा। इससे पहले अप्रैल 2026 में पश्चिमी क्षेत्र कार्यालय ने होटल, रेस्तरां और कैटरिंग प्रतिष्ठानों को निर्देश दिया था कि यदि वे चीज या पनीर में एनालॉग का उपयोग करते हैं, तो मेन्यू और डिस्प्ले बोर्ड पर इसका स्पष्ट उल्लेख करें। साथ ही खरीद विभाग और शेफ को कच्चे मांस की निबधित जांच व रिकॉर्ड रखने के निर्देश भी दिए गए थे।

इस कदम से उपभोक्ता और डेयरी किसान, दोनों को लाभ होगा। भारत विश्व

का सबसे बड़ा दुध उत्पादक देश है। ऐसे में सबसे विकल्प को असली पनीर बताकर बेचना न केवल उपभोक्ता के साथ धोखा है, बल्कि दुध उत्पादकों और डेयरी उद्योग के साथ भी अन्याय है। एफएसएसआई ने माना है कि पनीर जैसे डेयरी उत्पादों की पहचान सुरक्षित रहनी चाहिए और एनालॉग उत्पादों के लिए अलग नामकरण और कटोर मानक बनाए जाएं। जरूरत है जागरूकता फैलाने की। उपभोक्ताओं को पूरी जानकारी होनी चाहिए, ताकि वे गुणवत्ता और वास्तविकता के आधार पर फैसले ले सकें। कुल मिलाकर, एफएसएसआई की यह पहल उपभोक्ता विस्थापन को रोकने का गंभीर प्रयास है। यदि इन नियमों का प्रभावी क्रियान्वयन होता है, तो बाजार में ईमानदार प्रतिस्पर्द्धा बढ़ेगी और हर उपभोक्ता को चहरी मिलेगा, जिसके लिए वह धन्यता कर रहा है।

डा. कुमाल कर्मा, टिप्पणीकार



अनुलम-विलम नकली पनीर



बाजार में बदलाव लाना आसान नहीं

पनीर की बढ़ती मांग के कारण वनस्पति तेल, स्टार्च, वनस्पति प्रोटीन व अन्य गैर-दुध पदार्थों से तैयार उत्पादों को पनीर के नाम से बेचा जाना दुःख है। इसलिए भारतीय खाद्य सुरक्षा एवं मानक प्राधिकरण का प्रस्तावित नियम स्वागतयोग्य है, जिसका उद्देश्य गैर-दुध उत्पादों को पनीर के नाम से बेचने पर रोक लगाना और उपभोक्ताओं को प्रत्यक्ष खाद्य उत्पादों से बचाना है। उपभोक्ता को यह अधिकार होना ही चाहिए कि उसकी थाली में परोसा गया भोजन वास्तव में वही हो, जिसकी जानकारी उसे दी गई है।

हालांकि, इस प्रस्ताव पर अभी सार्वजनिक विमर्श जारी है, लेकिन इसकी राह बहुत आसान नहीं है। कई व्यावहारिक चुनौतियों से इसमें मुश्किल होगी। सबसे पहली चुनौती व्यापक जनजागरूकता की है। अधिकांश उपभोक्ता आज भी लेबल पढ़ने की आदत नहीं रखते। यदि नाम

बदल भी जाए, तो लोगों को यह समझना आवश्यक होगा कि वास्तविक पनीर और उसके विकल्प में पोषण व संरचना का अंतर क्या है। दूसरी चुनौती, छोटे निर्माताओं की है, जिन्हें नए लेबल, पैकेजिंग और मार्केटिंग के अनुसार अपने उत्पादों में बदलाव करना पड़ेगा। इसके लिए पर्याप्त समय और स्पष्ट दिशा-निर्देश आवश्यक होंगे। यह समझना होगा कि खाद्य नियमन केवल कानून बनाने से सफल नहीं होता, बल्कि उसका प्रभावी क्रियान्वयन आवश्यक है। देश पर में निर्धारित नमूना जांच, प्रमाणित प्रयोगशालाओं की क्षमता, राज्य खाद्य सुरक्षा अधिकारियों का प्रशिक्षण और शिकायत निवारण प्रणाली जैसे जवाबदाओं को भी समान रूप से मजबूत करना होगा। यदि निरीक्षण केवल बड़े शहरी हब सीमित रहेगा, तो छोटे कस्बों और ग्रामीण बाजारों में भ्रमक उत्पादों की

विक्री जारी रह सकती है।

उपभोक्ताओं की भी इस प्रक्रिया में महत्वपूर्ण भूमिका है। पनीर खरीदते समय पैकेट पर सामग्री सूची, निर्माण विवरण और उत्पाद की वैधी आवश्यक देखनी चाहिए। खुला पनीर खरीदते समय धरोसेमंद विक्रेता का चयन आवश्यक है और असामान्य रूप से सस्ती कीमत में मिलने पर सावधानी बरतनी चाहिए। यदि किसी उत्पाद के बारे में संदेह हो, तो खाद्य सुरक्षा अधिकारियों के पास शिकायत दर्ज कराई जा सकती है। गौरतलब है, प्रारूप अधिसूचना अभी अंतिम कानून नहीं है। लोकतांत्रिक नियामक प्रक्रिया के अंतर्गत वलोग, उपभोक्ता संगठन, डेयरी विशेषज्ञ और आम नागरिक अपने सुझाव प्रस्तुत कर सकते हैं। प्राप्त टिप्पणियों के आधार पर संशोधन किए जाने के बाद ही अंतिम नियम अधिसूचित होगा।

महेंद्र तिवारी, टिप्पणीकार

कुछ अलग | विश्वहृदयदिवस आज, भारत समेत एशिया प्रशांत क्षेत्र के 39 देशों के आंकड़ों के विश्लेषण से खुलासा

प्रदूषण दिल के मर्ज को जानलेवा बना रहा

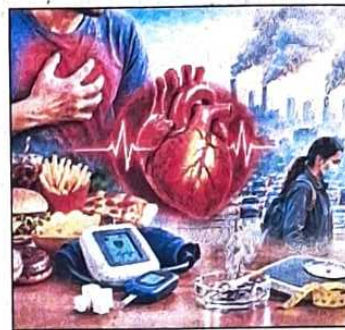
■ रणविजय सिंह

नई दिल्ली। प्रदूषण दिल की बीमारी को जानलेवा बना रहा है। यह दिल के लिए मधुमेह और कोलेस्ट्रॉल से भी ज्यादा घातक साबित हो रहा है।

द लैंसेट रिजनल हेल्थ वेस्टर्न पैसिफिक जर्नल में प्रकाशित एक अध्ययन में यह खुलासा हुआ है। भारत सहित एशिया प्रशांत क्षेत्र के 39 देशों के आंकड़ों का विश्लेषण इस शोध में किया गया है। इसमें एम्स के कार्डियोलॉजी विभाग के डॉक्टर भी शामिल रहे हैं। शोध में हृदय रक्तवाहिकाओं की बीमारी के लिए 12 बड़े कारण बताते हुए उनकी रैंकिंग भी की गई है।

हर साल 17 लाख लोगों की हार्ट अटैक से होती है मौत

शोध में शामिल एम्स के कार्डियोलॉजी विभाग के प्रोफेसर डॉ. अंबुज रॉय ने बताया कि देश में हृदय रक्तवाहिकाओं की बीमारी से हर साल करीब 27 लाख लोगों की मौत होती है। इनमें अकेले हार्ट अटैक से होने वाली 17 लाख मौतें भी शामिल हैं। अध्ययन में भारत के विषय में यह भी पाया गया कि लोगों की औसत उम्र बढ़ रही है। उम्र बढ़ने के साथ हृदय रोग का जोखिम भी बढ़ता है।



सांस के जरिए खून में पहुंचते हैं **प्रदूषण कण**: देश में हाई ब्लड प्रेशर, गलत खानपान, प्रदूषण, कोलेस्ट्रॉल, धूम्रपान दिल से संबंधित रोगों के पीछे के प्रमुख कारण हैं।

दरअसल, प्रदूषण बढ़ने पर पीएम-2.5 जैसे सूक्ष्म कण सांस के जरिये फेफड़े से होते हुए खून में पहुंचते हैं। इससे धमनियों में सूजन, ब्लॉकिज व हार्ट अटैक का खतरा बढ़ जाता है।

12 बड़े जोखिम

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| 1. हाई बीपी | 7. किडनी |
| 2. गलत खानपान | 8. मधुमेह |
| 3. प्रदूषण | 9. मोटापा |
| 4. पर्यावरण परिवर्तन | 10. अत्याधिक टंड, गर्मी |
| 5. हाई कॉलेस्ट्रॉल | 11. शारीरिक श्रम में कमी |
| 6. तंबाकू | 12. शराब |

जंक फूड से दूरी बनाएं

डॉ. अंबुज ने बताया कि हृदय रोगों से बचने के लिए तेल, नमक, चीनी कम इस्तेमाल करें। प्रोसेस्ड फूड का सेवन न करके व्यायाम करें।



नाबालिगों के सोशल मीडिया इस्तेमाल पर नियम बनाएं: SC

कोर्ट ने कहा- भारतीय कानून के हिसाब से हो सॉफ्टवेयर

Rajesh.Choudhary

@timesofindia.com

AI Image

■ नई दिल्ली : नाबालिगों के सोशल मीडिया और दूसरे डिजिटल प्लैटफॉर्म के इस्तेमाल को लेकर सुप्रीम कोर्ट ने सोमवार को केंद्र सरकार से वैधानिक सुरक्षा सिस्टम बनाने की संभावना पर विचार करने कहा। कोर्ट ने स्पष्ट किया कि बच्चों की सुरक्षा से जुड़े उपाय महज दिशा-निर्देश तक सीमित नहीं रहने चाहिए। सोशल मीडिया प्लैटफॉर्म और अन्य डिजिटल सेवाओं का सॉफ्टवेयर भी भारतीय कानून के अनुरूप होना चाहिए।

बेंच ने यह टिप्पणी 'जस्ट राइट्स फॉर चिल्ड्रन अलायंस' की जनहित याचिका पर सुनवाई के दौरान की। याचिका में 18 वर्ष से कम उम्र के बच्चों के सोशल मीडिया इस्तेमाल के लिए प्रभावी सुरक्षा व्यवस्था और डिजिटल प्लैटफॉर्म द्वारा नाबालिगों के साथ स्वतंत्र रूप से अनुबंध किए जाने पर रोक लगाने की मांग की गई है।

याचिकाकर्ता की ओर से एडवोकेट एचएस फूलका ने कहा कि मौजूदा भारतीय कानून के तहत नाबालिग अनुबंध करने में सक्षम नहीं हैं और उनके साथ किए गए अनुबंध शुरू से ही अमान्य होते हैं। इसलिए सोशल मीडिया कंपनियों पर केवल स्वैच्छिक गाइडलाइंस लागू करना पर्याप्त नहीं होगा। जस्टिस बागची ने सॉलिसिटर जनरल तुषार मेहता से पूछा कि क्या इस संबंध में इंटरमीडियरी नियमों के तहत वैधानिक प्रावधान किया जा सकता है। उन्होंने कहा कि इंटरमीडियरी नियमों के तहत निर्देश दें



ऑनलाइन शोषण, डेटा दुरुपयोग का खतरा

याचिका में कहा गया है कि बच्चों को बिना प्रभावी आयु सत्यापन और गार्जियन सुरक्षा के डिजिटल प्लैटफॉर्म पर स्वतंत्र पहुंच देने से ऑनलाइन ग्लूमिंग, यौन शोषण, तस्करी, साइबर बुलिंग, अनुचित सामग्री तक पहुंच, व्यवहार संबंधी हेरफेर, प्रोफाइलिंग और निजी डेटा के दुरुपयोग जैसे गंभीर खतरे पैदा हो सकते हैं। याचिका

के मुताबिक, बच्चों का जीवन, गरिमा, निजता, सुरक्षा और स्वस्थ विकास सविधान के तहत संरक्षित अधिकारों से जुड़े हैं। याचिका में यह भी दावा किया गया है कि सख्त आपराधिक प्रावधानों के बावजूद इंटरनेट प्लैटफॉर्म पर्याप्त स्वचालित कंटेंट फिल्टरिंग और आयु सत्यापन व्यवस्था लागू नहीं कर पाए हैं।

कि वे अपने सॉफ्टवेयर को भारतीय कानून के अनुरूप तैयार करें। सॉफ्टवेयर को भारतीय कानून के अनुरूप होना चाहिए। इस पर सॉलिसिटर जनरल ने कहा कि यह अनुरोध नहीं, निर्देश है। उन्होंने कोर्ट को बताया कि केंद्र इस मुद्दे की जांच करेगा और उचित कदम उठाएगा।

डेटा प्रोटेक्शन कानून का इंतजार जरूरी नहीं : फूलका ने कहा कि नाबालिगों की कॉन्टैक्ट को लेकर

18 से कम उम्र के बच्चों के लिए सोशल मीडिया यूज पर प्रभावी सुरक्षा की मांग।

मौजूदा कानून पहले से स्पष्ट है। इसलिए प्रस्तावित डेटा प्रोटेक्शन व्यवस्था का इंतजार करने की जरूरत नहीं है। याचिका में केंद्र को निर्देश देने की मांग की गई है कि डिजिटल प्लैटफॉर्म

और सोशल मीडिया इंटरमीडियरी को स्पष्ट रूप से बताया जाए कि 18 वर्ष से कम उम्र के बच्चे के साथ किया गया कोई भी अनुबंध शुरू से ही अमान्य होगा और उसके आधार पर उठाए गए कदम तुरंत रोक दिए जाएं।

एक नहीं, दो सिस्टम से बना है दिमाग

हमारे शरीर का सबसे जटिल अंग मस्तिष्क यानी ब्रेन है। वैज्ञानिक लंबे समय से इसे अंग मानते आए हैं, लेकिन हालिया रिसर्च ने इस

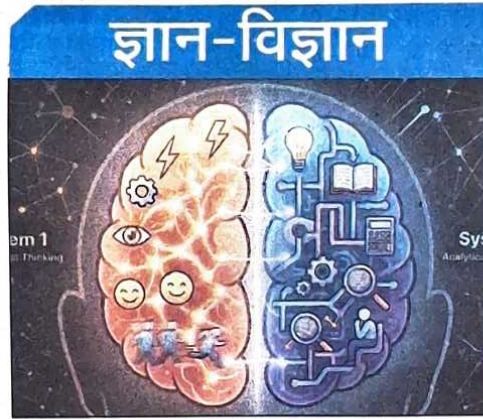


मुकुल व्यास

बुनियादी धारणा को चुनौती दी है। रिसर्च से पता चला है कि ब्रेन दो अलग-अलग सिस्टम से बना है, जो करोड़ों बरसों के विकास के दौरान अलग-अलग विकसित हुए थे।

सेल्स के दो समूह | अमेरिका के स्टैनफोर्ड यूनिवर्सिटी के वैज्ञानिकों ने यह खोज तब की जब वे समझना चाह रहे थे कि ब्रेन के पिछले हिस्से की स्टेम सेल्स को लैब में विकसित करना इतना मुश्किल क्यों है, जबकि अगले हिस्से की स्टेम सेल्स आसानी से बढ़ जाती है। उन्होंने पाया कि शुरू में ब्रेन का अगला और पिछला हिस्सा अलग-अलग सेल्स से बनता है। पहले माना जाता था कि पूरा ब्रेन एक मास्टर पैरेंट सेल से विकसित होता है। टीम ने गैस्ट्रुलेशन (भ्रूण के विकास का एक चरण) के दौरान सेल्स के दो समूह पहचाने।

अलग जेनेटिक निर्देश | वैज्ञानिकों ने पाया कि सेल्स का एक समूह दिमाग का अगला हिस्सा बनाने के लिए था, जबकि दूसरा



सिर्फ पिछला हिस्सा बनाता था। दोनों समूहों में जेनेटिक निर्देश अलग तरह से पैक थे, इसलिए वे अलग-अलग रास्तों पर बढ़ते रहे। रिसर्चर्स का मानना है कि इवोल्यूशन के बहुत शुरुआती दौर में ब्रेन के ये दोनों सिस्टम प्राचीन जीवों में अलग-अलग जगह मौजूद थे।

अलग नर्वस नेटवर्क | इसे जेलीफिश के उदाहरण से समझ सकते हैं। जेलीफिश के शरीर के अलग-अलग हिस्सों में अलग नर्वस नेटवर्क होते हैं। माना जाता है कि इंसानी दिमाग की शुरुआती बनावट भी कुछ ऐसी ही थी। स्कल के निचले हिस्से में मौजूद हाइंडब्रेन शरीर के ऑटोमैटिक कंट्रोल सेंटर की तरह काम करता है और दिल की धड़कन, सांस

व नींद जैसे जरूरी काम संभालता है। वहीं मिडब्रेन और फोरब्रेन भाषा, तर्क और अमूर्त सोच जैसे उच्चस्तरीय कार्यों को संभालते हैं।

पुराना डिजाइन | अलग-अलग उत्पत्ति के बावजूद ये दोनों सिस्टम रोजमर्रा के कार्यों के लिए मिलकर काम करते हैं। वैज्ञानिकों को समुद्री जीव एकोर्न वर्म में भी यही दो सिस्टम मिले। इससे पता चलता है कि यह डिजाइन कम से कम 50 करोड़ साल पुराना है। एकोर्न वर्म इंसानों के दूर के इवोल्यूशनरी कजन है और दोनों लगभग 70% जीन साझा करते हैं। एकोर्न वर्म इयूट्रोस्टोम समूह का हिस्सा है, जिसमें मछली, मेंढक, कुत्ते और इंसान भी शामिल हैं।

बड़ी कामयाबी | ब्रेन की इस नई खोज को बड़ी कामयाबी माना जा रहा है। हाइंडब्रेन के सेल कैसे बनते हैं, यह समझने के बाद वैज्ञानिकों ने पहली बार लैब में इंसानी स्टेम सेल्स को हाइंडब्रेन मोटर न्यूरोन्स में बदला। इससे न्यूरोडीजेनेरेटिव बीमारियों पर रिसर्च तेज हो सकती है। वैज्ञानिकों का कहना है कि पेद्री डिश में बड़ी संख्या में ये न्यूरोन्स बनाने से इन बीमारियों को समझने और भविष्य में रीजेनेरेटिव थिरेपी विकसित करने में मदद मिल सकती है।

डॉक्टरों ने चेताया, ज्यादा एक्सरसाइज से ज़रूरी नहीं कि ज्यादा फायदा मिले

■ NBT रिपोर्ट, नई दिल्ली

ज्यादा एक्सरसाइज हमेशा ज्यादा फायदा नहीं देती। खासकर लंबे समय से ऐक्टिव नहीं रहने वाले लोग अचानक 10 किलोमीटर मैराथन की तैयारी या हाई-इंटेंसिटी वर्कआउट शुरू करते हैं तो शरीर पर वर्कलोड बढ़ सकता है। इसका असर हार्ट पर पड़ सकता है और दुर्लभ मामलों में गंभीर कार्डिएक खतरा भी हो सकता है। एक्सपर्ट्स का कहना है कि वर्कआउट उम्र, फिटनेस, मेडिकल हिस्ट्री और शरीर की क्षमता के मुताबिक धीरे-धीरे बढ़ाना चाहिए।

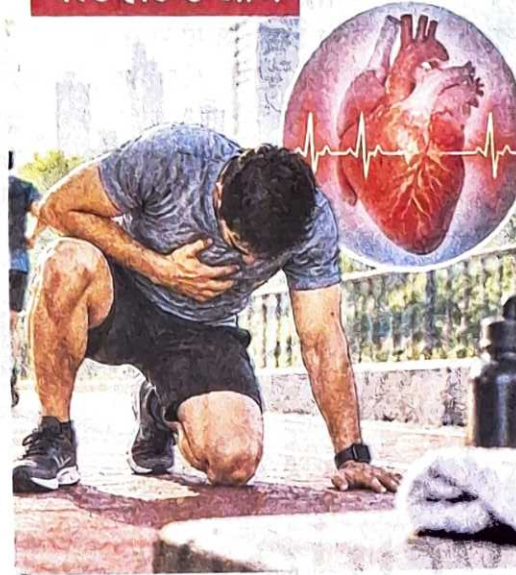
जीबी पंत हॉस्पिटल के कार्डियोलॉजिस्ट डॉ. युसूफ जमाल ने बताया कि वर्कआउट में बैलेंस ज़रूरी है। शरीर की क्षमता के अनुसार धीरे-धीरे एक्सरसाइज बढ़ाने से समय के साथ फिटनेस और मसल्स की ताकत बेहतर होती है। इसलिए जल्दबाजी में एथलीट या बॉलीवुड स्टार जैसी बॉडी बनाने की कोशिश न करें। डॉ. जमाल ने स्टेरॉयड के इस्तेमाल से भी सावधान किया। फोर्टिस गुरुग्राम के कार्डियोथोरेसिक एंड वैस्कुलर सर्जरी के प्रिंसिपल डायरेक्टर डॉ. उद्गीथ धीर ने कहा कि एक्सरसाइज दवा की तरह है और इसकी मात्रा धीरे-धीरे बढ़ाना ज़रूरी है।

...तो शरीर दबाव नहीं झेल पाएगा

हाई-इंटेंसिटी वर्कआउट के दौरान दिल की धड़कन, ब्लड प्रेशर और ऑक्सीजन की मांग तेजी से बढ़ती है। रोजाना ट्रेनिंग करने वाला शरीर इस दबाव के लिए बेहतर तैयार होता है। लंबे समय से ऐक्टिव नहीं रहने वाले को अचानक ज्यादा वर्कलोड के अनुकूल होने का समय नहीं मिलता। पहले से छिपी हार्ट से जुड़ी समस्या होने पर दुर्लभ मामलों में गंभीर खतरा हो सकता है।

वर्ल्ड हार्ट डे आज

AI Image



रोज 10 हजार कदम चलना ज़रूरी नहीं

हर किसी के लिए रोज 10 हजार कदम चलना ज़रूरी नहीं है। शारीरिक गतिविधि बढ़ने के साथ हार्ट की बीमारी और मौत का खतरा कम होता है और इसके फायदे 10 हजार कदम से पहले भी मिल सकते हैं। इसलिए शुरुआत थोड़ा तेज चलने से करें। इसके बाद जॉगिंग, रनिंग या हैवी एक्सरसाइज शामिल की जा सकती है। वर्कआउट का मकसद स्वस्थ रहना होना चाहिए।

दूसरी बीमारी का हार्ट पर असर, हो सकेगी जांच

■ NBT रिपोर्ट, नई दिल्ली

सारकोइडोसिस आमतौर पर लंग्स को प्रभावित करती है लेकिन मरीजों में इसका असर हार्ट तक पहुंच सकता है। इससे धड़कन असामान्य हो सकती है और इलाज न होने पर हार्ट फेल्योर या अचानक कार्डियक अरेस्ट का खतरा बढ़ सकता है। AIIMS की रिसर्च में सामने आया कि MRI में टी-1 मैपिंग, टी-2 मैपिंग और लेट गैडोलीनियम

AIIMS की रिसर्च में दावा, MRI के दौरान खास मैपिंग के जरिए बीमारी की हो सकेगी पहचान

एन्हांसमेंट से इस बीमारी के संकेत पहचानने में मदद मिल सकती है। यह रिसर्च इंडियन जर्नल ऑफ रेडियोलॉजी एंड इमेजिंग में पब्लिश हुई है।

AIIMS के रेडियो डायग्नोसिस विभाग के असिस्टेंट प्रोफेसर डॉ.

अमरिंदर सिंह मल्ली के अनुसार, सारकोइडोसिस में लिंपनोइस बढ़ जाते हैं और सूजन होती है। बीमारी लंग्स से हार्ट तक पहुंच सकती है लेकिन शुरुआती संकेत जांचों में कई बार छूट जाते हैं। कॉन्ट्रास्ट MRI में डेड सेल देखकर बीमारी का पता लगाया जाता है। हालांकि, कुछ मरीजों में बीमारी के बावजूद डेड सेल दिखाई नहीं देते। रिसर्च में ऐसे 12 मरीजों की हार्ट की MRI जांच की गई थी।

...ने हमें सख्त सांशी जग कटने पर भदके

प्रदूषण से निपटने का प्लान तैयार, हीटिंग जोन से लेकर WFH तक होगा इंतजाम

Poonam.Gaur
@timesofindia.com



AI Image

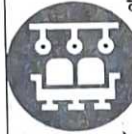
■ नई दिल्ली: दिल्ली की ठिठुरती ठंड से जरूरतमंदों को राहत देने के लिए सरकार ने हीटिंग जोन बनाने का फैसला किया है। इन्हें गर्मियों में बने कूलिंग जोन की तर्ज पर बनाया जाएगा। यहां खुले में काम करने वाले श्रमिकों और सिन्क्युरिटी गार्ड्स के लिए रहने की व्यवस्था की जाएगी। दिल्ली-एनसीआर में सर्दियों से होने वाले प्रदूषण को लेकर मंत्रालय की मीटिंग के बाद सीएक्यूएम के चेयरमैन राजेश वर्मा, सीपीसीबी के चेयरमैन अमनदीप गर्ग और डीपीसीबी के विजय कुमार विधूड़ी ने जानकारीयां साझा कीं।

हफ्ते में 2 दिन घर से काम

प्रदूषण के बेहद खराब स्तर पर पहुंचने पर सड़कों पर गाड़ियों का दबाव कम करने के लिए पहले सिर्फ 50 प्रतिशत कर्मचारियों को वर्क फ्रॉम होम देने का विकल्प था। इसमें कार्पोरेट्स आदि को समस्याएं आती थीं। इसलिए इस बार उन्हें प्रयोग के तौर पर दो दिन पूरी तरह वर्क फ्रॉम होम का ऑप्शन भी दिया गया है। मतलब अब कंपनियों 50 प्रतिशत कर्मचारियों को रोज वर्क फ्रॉम होम या फिर हफ्ते में दो दिन पूरी तरह वर्क फ्रॉम होम की व्यवस्था लागू कर सकती हैं। सड़कों पर भीड़ कम करने के लिए ऑफिसेज की टाइमिंग भी अलग-अलग रखी जाएगी। MCD के ऑफिस सुबह 8:30 से शाम 5:00 बजे तक, दिल्ली सरकार के ऑफिस सुबह 10:00 से शाम 6:30 तक चले सकेंगे।

पब्लिक ट्रांसपोर्ट डे

कार फ्री डे, नौ कार डे तो राजधानी में पहले भी होते रहे हैं। इस बार सार्वजनिक परिवहन को बढ़ावा देने के लिए प्रदूषित दिनों में हफ्ते में एक बार पब्लिक ट्रांसपोर्ट डे मनाया जाएगा। इन सर्दियों में मेट्रो के दैनिक यात्रियों की संख्या 65 लाख से बढ़ाकर 72 लाख और डीटीसी यात्रियों की संख्या 37 लाख से बढ़ाकर 42 लाख तक ले जाने का लक्ष्य रखा गया है। सार्वजनिक परिवहन को बढ़ावा देने के लिए दिल्ली मेट्रो के सभी 228 स्टेशनों पर सारथी ऐप की सुविधा और जागरूकता अभियान चलाया जाएगा।



AI से शिकायतों की निगरानी

प्रदूषण से जुड़ी पब्लिक शिकायतों पर कार्रवाई की निगरानी के लिए आर्टिफिशियल इंटेलिजेंस (AI) आधारित सिस्टम इस्तेमाल किया जाएगा।



इटीग्रेटेड कमांड एंड कंट्रोल सेंटर के जरिए ग्रीन दिल्ली ऐप और 311 ऐप पर मिलने वाली शिकायतों को ट्रैक किया जाएगा। AI से पता लगाया जाएगा कि शिकायत कहाँ से आई है? संबंधित एजेंसी ने क्या कार्रवाई की? उसका निपटारा कितने समय में हुआ?

जनभागीदारी के साथ प्रदूषण से निपटेंगे: रेखा गुप्ता

■ NBT रिपोर्ट, नई दिल्ली: मुख्यमंत्री ने कहा कि सर्दियों में प्रदूषण रोकने के लिए 10 सूत्रीय विटर ऐक्शन प्लान 2026-27 तैयार किया है। इसे जनभागीदारी के साथ सख्ती से लागू किया जाएगा। प्रदूषण के खिलाफ अभियान में केंद्र सरकार, दिल्ली सरकार, सीएक्यूएम, सीपीसीबी, स्थानीय निकायों, दिल्ली पुलिस, डीएमआरसी समेत सभी एजेंसियों के बीच मिलकर काम किया जाएगा। उन्होंने कहा कि प्रदूषण पर नियंत्रण के लिए सरकार पिछले एक साल से सुनियोजित रोडमैप पर काम कर रही है। उन्होंने कहा, सरकार दिल्लीवालों को प्रदूषण के खिलाफ लड़ाई में शामिल करने के लिए अभियान भी चलाएगी।

वायु प्रदूषण सीमाओं को नहीं मानता। दिल्ली अपने क्षेत्र में प्रदूषण के हर स्रोत पर कार्रवाई करेगी लेकिन राजधानी को प्रभावित करने वाले प्रदूषण के बड़े हिस्से से निपटने के लिए पूरे NCR को मिलकर काम करना होगा। सरकार इस बार प्रदूषण का स्तर बिगड़ने का इंतजार करने के बजाय रोकथाम, तैयारी और जवाबदेही पर फोकस कर रही है। विभागों को जिम्मेदारी दी गई है। मैं खुद निगरानी करूंगा। -मनजिंदर सिंह सिरसा, पर्यावरण मंत्री



बेहतर तरीके से लागू करने के लिए क्या हो रहा है?

6,840 3,065

बसें होंगी दिल्ली में कुल, जिनमें 5,088 इलेक्ट्रिक बसें हैं किलोमीटर सड़कों के रीडेवलपमेंट में से 1,193 कि.मी. का काम पूरा हो चुका था

■ 15 अक्टूबर तक एयर क्वालिटी मॉनिटरिंग स्टेशन 47 से बढ़कर 60 होंगे
■ प्रदूषण पर कार्रवाई के लिए 334 टीमें लगेगी। इसमें 256 वार्ड और 78 DPCC टीमें हैं।
■ सभी 228 मेट्रो स्टेशनों पर लास्ट-माइल कनेक्टिविटी उपलब्ध रहेगी
■ रोड स्वीपिंग मशीनें 76 से बढ़कर 98 हो गई हैं। यहां दो शिफ्ट में काम होगा

723 रजिस्टर्ड कंस्ट्रक्शन साइटों में से 600 यानी 83% वेब-कैमरा मॉनिटरिंग में हैं, अक्टूबर के आखिर तक 100% कवरेज का टारगेट
11,271 यूनिट्स का सर्वे हुआ दिसंबर 2025 से 26 सितंबर 2026 तक और 2,283 प्रदूषणकारी यूनिट्स बंद/सील की गईं

71

लाख पौधे लगाए जा चुके हैं और 433 एकड़ बाउन एरिया को ग्रीन किया गया है

2.5

लाख करीब कमर्शल वाहनों की ऑटोमेटेड टैस्टिंग की क्षमता

Beverage Makers in a Tizzy as 'Energy' Deadline Looms

Red Bull moves HC, while RIL introduces same drink without 'energy' tag

Ratna Bhushan & Indu Bhan

New Delhi: Red Bull on Monday approached the Delhi High Court challenging the Food Safety & Standards Authority of India's (FSSAI) ban on labelling its products as 'energy' drinks.

In response to FSSAI's 90-day deadline that runs through September 30, Reliance has introduced Campa Xtra with the same formulation without featuring the term 'energy'. Red Bull, the world's largest energy drink, told the court that FSSAI didn't issue a show-cause notice or give any hearing before passing the order. The court asked the food safety regulator to respond by Tuesday.

Meanwhile, Red Bull products continued to be sold in stores and on online platforms till late Monday. Red Bull, FSSAI and Reliance Consumer didn't respond to ET's queries. PepsiCo, which dropped term 'energy' from its Sting drink last month, is in process of withdrawing existing stocks from the market, industry executives said.

"FSSAI has made a U-turn on its own regulatory position," said a senior executive at one of the affected companies. "In year 2024, it had itself allowed ener-

On Alert

JULY: FSSAI said energy drinks lack formal category standards

Misleading claims included promises to vitalise bodies & minds

90-DAY deadline to cos to drop term 'energy' from labels closes in on Sept 30



₹9,500 cr Estimated mkt size for India's energy drinks

₹2,000 cr Five leading brands' combined annual marketing expenditure

gy drinks as permissible for products licensed under the relevant categories."

"Our new year cans printed with the energy drinks label are ready; we are still hopeful of more time for the change, as it requires close to a year to transition to new labels since there are millions of packs in the market," said another company executive. Red Bull is the only company to seek legal recourse over the matter.

The Indian Beverage Association (IBA), whose members include PepsiCo, Reliance and Red Bull, has yet to take a legal stance on the development.

FSSAI said in its July order that it doesn't recognise the ca-

tegory with no formal category standards defined for energy drinks and that claims such as 'vitalises body and mind' and 'helps in general weakness' are misleading. The regulator's order also stated that all labels, marketing and ad campaigns with the term energy should be pulled out within 90 days.

The category is estimated at ₹9,500 crore with Red Bull, Sting, Monster, Campa and Hell together spending more than ₹2,000 crore annually on marketing. Industry watchers said Red Bull, Sting and Campa Energy will bear the biggest impact of FSSAI's ban since all three had capitalised on niches in the market.