किंमत २५ रुपये

ISSN - 0378 - 6463

Ayurvidya

आयुर्विद्या

Peer Reviewed Indexed
Research Journal of 21st Century
Dedicated to Ayurved...

।। श्री धन्वंतरये नम: ।।

राष्ट्रीय शिक्षण मंडळ, संचालित

आयुर्विद्या

मासिक

शंखं चक्रं जलौकां दधतमृतघटं चारुदोर्भिश्चतुर्भि: ।
सूक्ष्मस्वच्छातिहृद्यांशुकपरिविलसन् मौलिमम्भोजनेत्रम् ।।
कालाम्भोदोज्ज्वलाङ्गम् कटितटविलसच्चारुपीताम्बराढ्यम् ।
वन्दे धन्वन्तरितं निखिलगदवन प्रौढदावाग्निलीलम् ।।
नमामि धन्वंतरिमादिदेवं सुरासुरैवन्दितपादपङ्कजम् ।
लोके जरारुग्भयमृत्युनाशनं धातारमीशं विविधौषधीनाम् ।।

ISSN - 0378 - 6463

Rashtriya Shikshan Mandal's

AYURVIDYA

Magazine

To know latest in "AYURVED" Read "AYURVIDYA"
A reflection of Ayurvedic Researches.

ISSUE NO. - 4 SEPTEMBER - 2020

PRICE Rs. 25/- Only.

आरोग्यदीप २०१९ दिवाळी अंकास Influx Group चे द्वितीय पारितोषिक!
सर्व वाचक, जाहिरातदार व हितचिंतकांचे हार्दिक आभार.

CONTENTS

- संपादकीय – "YES, I AM "HEALTH I-CARD" holder – डॉ. दि. प्र. पुराणिक 5
- यशस्वी आयुर्वेदीय चिकित्सा –
  IgA Nephropathy With Cocurrent Anti G.B.M. Disease! – डॉ. सरिता प्रदीप गायकवाड 6
- Study Of Saindhava Lavana (Rock Salt) – Vd. Shilpa B. Khartude, Vd. Yoginee S. Patil 12
- Animal Meat Global food – Dr. A. B. Limaye 20
- Vd. Purushottam Shastri Nanal Essay Competition 2019 (Second Prize Winner Essay)
  Brain Death And Organ Donation - Challenges – Dr. Supriya S. Muddalwar 23
- A Case Study On The Ayurvedic Management
  Of Bahupitta Kamala w.s.r To Jaundice – Dr. Shruti V. More, Dr. A. S. Inamdar 26
- Vd. Purushottam Shastri Nanal Essay Competition 2019 (Third Prize Winner Essay)
  Fitness Awareness: Need Of Hour – Dakshayani N. Gholap 28
- प्रथमोपचाराची तोंडओळख – भाग ७ – डॉ. पद्मनाभ केसकर 30
- वृत्तांत – आयुर्वेद रसशाळेचा ८५ वा वर्धापन दिन कार्यक्रम – डॉ. सुहास कुलकर्णी 31
- वृत्त विशेष – – 32
  - आयुर्वेद रसशाळेच्या ''आयुष क्वाथाचे'' ग्रामिण भागात वाटप
  - टिळक आयुर्वेद महाविद्यालयात लोकमान्य टिळक पुण्यतिथी निमित्त कार्यक्रम
  - शेठ ताराचंद रामनाथ रुग्णालयाचा वर्धापन दिन संपन्न
- अभिनंदन ! – 29
- कार्यकारी संपादकीय – उम्मीद पे दुनिया कायम है। – डॉ. अपूर्वा संगोराम 33
- उपसंपादकीय – शैक्षणिक क्रांती डॉट कॉम! – डॉ. सौ. विनया दीक्षित 34
- About the Submission of Article and Research Paper – 4

"AYURVIDYA" Magazine is printed at 50/7/A, Dhayari - Narhe Road, Narhe Gaon, Tal. - Haveli, Pune -41 and Published at 583/2, Rasta Peth, Pune 11. By Dr. D. P. Puranik on behalf of Rashtriya Shikshan Mandal, 25, Karve Road, Pune 4.

IMP • Views & opinions expressed in the articles are entirely of Authors. •

About the Submission of Article and Research Paper

Rashtriya Shikshan Mandal's **AYURVIDYA** Magazine

- The article / paper should be original and submitted **ONLY** to "**AYURVIDYA**"
- The **national norms** like Introduction, Objectives, Conceptual Study / Review of Literature, Methodology, Observations / Results, Conclusion, References, Bibliography etc. should strictly be followed. Marathi Articles / Research Paper are accepted at all levels. These norms are applicable to Review Articles also.
- **One side Printed copy** along with PP size own photo and fees should be submitted at office by courrier / post / in person between **1 to 4 pm on week days and 10 am to 1 pm on Saturday.**
- "**AYURVIDYA**" is a peer reviewed research journal, so after submission the article is examined by two experts and then if accepted, allotted for printing. So it takes atleast one month time for execution.
- Processing fees Rs. 1000/- should be paid by cheque / D.D. Drawn in favour of "**AYURVIDYA MASIK**"
- **For Online payment - Canara Bank Syndicate, Rasta Peth Branch, A/c. No. 53312010001396, IFSC - SYNB0005331, A/c. name - 'Ayurvidya Masik'.** Kindly email the payment along with name, address and purpose details to ayurvidyamasik@gmail.com
- **Review Articles may be written in "Marathi" if suitable as they carry same standard with more acceptance.**
- **Marathi Articles should also be written in the given protocol as -**

प्रस्तावना, संकलन, विमर्श / चर्चा, निरीक्षण, निष्कर्ष, संदर्भ इ.

Write Your Views / send your subscriptions

To

Editor - AYURVIDYA MASIK, 583 / 2, Rasta Peth, Pune - 411 011.
E-mail : ayurvidyamasik@gmail.com
Phone : (020) 26336755, 26336429 **Fax :** (020) 26336428
Dr. D. P. Puranik - 09422506207 Dr. Vinaya Dixit - 09422516845
Dr. Apoorva Sangoram 09822090305

Payment by Cash / Cheuqes / D. D. :- in favour of

Payable at Pune Date : ....

Pay to **"AYURVIDYA MASIK"**

Rupees ....

.... Rs. ....

(Outstation Payment by D. D. Only)

"AYURVIDYA" MAGAZINE Subscription Rates : (Revised Rates Applicable from 1st Jan. 2014)

For Institutes - Each Issue Rs. 40/- Annual :- Rs. 400/- For 6 Years :- Rs. 2,000/-

For Individual Persons - For Each Issue :- Rs. 25/- Annual :- Rs. 250/- For 6 Years :- Rs. 1,000/-

ADVERTISEMENT RATES

Full Page	- Inside Black & White - Rs. 1,600/-	(Each Issue)
Half Page	- Inside Black & White - Rs. 900/-	(Each Issue)
Quarter Page	- Inside Black & White - Rs. 500/-	(Each Issue)

Attractive Packages for yearly contracts

GOVERNING COUNCIL (RSM)

Dr. D. P. Puranik	- President
Dr. B. K. Bhagwat	- Vice President
Dr. R. S. Huparikar	- Secretary
Dr. R. N. Gangal	- Treasurer
Dr. V. V. Doiphode	- Member
Dr. S. N. Parchure	- Member
Dr. B. G. Dhadphale	- Member
Dr. M. R. Satpute	- Member
Dr. S. G. Gavane	- Member
Adv. S. N. Patil	- Member
Dr. S. V. Deshpande	- Member

AYURVIDYA MASIK SAMITI

Dr. D. P. Puranik - President / Chief Editor

Dr. Vinaya R. Dixit - Secretary / Asst. Editor

Dr. A. M. Sangoram - Managing Editor / Member

Dr. Abhay S. Inamdar	- Member
Dr. Sangeeta Salvi	- Member
Dr. Mihir Hajarnavis	- Member
Dr. Sadanand V. Deshpande	- Member
Dr. N. V. Borse	- Member
Dr. Mrs. Saroj Patil	- Member

संपादकीय

"YES, I AM "HEALTH I-CARD" holder

डॉ. दिलीप पुराणिक

जागतिक स्तरावर अनेक वर्षापासून भारताची गणना एक विकसनशील देश म्हणून होत आहे. आरोग्याबाबतीत बोलावयाचे तर अनेक विकसित अशा पाश्चात्य देशांच्या तुलनेत भारताची गणना विसाव्या शतकाच्या अखेरीपर्यंत व एकविसाव्या शतकातील पहीले दशक संपेपर्यंत मागास म्हणूनच होत आहे. भारताची प्रचंड लोकसंख्या, शहरांपेक्षा ग्रामिण भाग अधिक व शिक्षणाचा अभाव असल्याने जनतेमध्ये एकूणच आरोग्याबाबतीत जाणीव (Health Awareness) कधीच वाढू शकली नाही. आर्थिक दृष्ट्या दुर्बल भागांचा विकास न झाल्याने अशिक्षित आणि अडाणी जनता आरोग्यापासून अनेक हात दूर राहीली. आरोग्यसेवा उपलब्ध न झाल्याने अनेक प्रकारच्या रोगराईंनी ही जनता त्रस्त राहिली. सामाजिक आरोग्याचा स्पर्शही कधी ह्या दुर्बल घटकांनी कधी अनुभवला नाही. शासन दरबारीही आरोग्याबाबतीत अतिशय उदासिनता असल्याने राष्ट्रीय स्तरावर आरोग्य क्षेत्रासाठी दरवर्षी अंदाजपत्रकात (Budget) तुटपुंजी तरतूद करण्यात येत असे. त्यामुळेही राष्ट्रीय स्तरावर लोकांसाठी आरोग्यविषयक सोयी, सुविधा व सेवा क्वचितच उपलब्ध झाल्या. ह्याचबरोबर ग्रामिण व शहरी लोकांमध्येही आरोग्याबाबत जागृती न झाल्याने स्वच्छतेचा अभाव, जडलेल्या घाणेरड्या सवयी ह्यामुळेच सामाजिक आरोग्याचा स्तर धोक्याच्या पातळीवर राहिला.

परंतु अलीकडच्या काळात म्हणजे एकविसाव्या शतकाच्या दुसऱ्या दशकाच्या उत्तरार्धापासून आरोग्याबाबतीत बराच बदल झालेला आहे. शासनाने राष्ट्रीय स्तरावर आरोग्य क्षेत्रात बदल घडवून आणण्याचे धोरण अंगिकारले व जनता आरोग्यास प्राधान्यक्रम देत अनेक योजना कार्यान्वित केल्या. पूर्वीपेक्षा आरोग्य विभागासाठी भरीव तरतूद केली. ग्रामिण भागात अगदी खोलवर सुधारणा करण्यासाठी व्यापक स्तरावर ''स्वच्छता अभियान'' सुरू केलेच पण त्याचबरोबर ग्रामिण क्षेत्रासाठी अनेक आरोग्य केंद्रे, रुग्णालये सुरू केली. प्रत्येक राज्यात जिल्हा स्तरावर एक वैद्यकीय महाविद्यालय व त्यासाठी आवश्यक सर्व सोयी-सुविधांनी सुसज्ज रुग्णालयांची उभारणी करण्यास सुरुवात केली.

लोकांचे सामजिक व वैयक्तिक स्तरावर आरोग्य सुधारण्यासाठी ''योग साधनेचा'' राष्ट्रीयच नाही तर जागतिक स्तरावर योगाचा पुरस्कार केला. आणि त्यामुळेच २१ जून हा जागतिक स्तरावर ''योग दिवस'' म्हणून मान्यता पावला. ह्याच्याच जोडीला आतापर्यंत शासकीय स्तरावर कांहीसे दुर्लक्षित अशा भारतीय वैद्यकीय शास्त्रातील आयुर्वेद, युनानी व सिद्ध ह्या वैद्यकीय प्रणालींचा पुरस्कार केला व त्यासाठी ''आयुष'' मंत्रालय स्थापन करून त्यासाठी स्वतंत्र मंत्र्यांची नियुक्ती केली. ह्या मंत्रालयाच्या पुढाकाराने दिल्लीतील "All India Institute of Ayurved" (AIIA) सारख्या आयुर्वेदाच्या शैक्षणिक संस्था व रुग्णालयांच्या माध्यमातून जनतेचे ''आरोग्य रक्षण'' व ''स्वास्थ्य रक्षण'' करण्याची योजना कार्यान्वित झाली आहे. ''आयुष '' विभागाच्या पुरस्कारामुळे सध्याच्या "COVID 19" च्या भीषण महामारीत ह्या रोगापासून संरक्षण करण्यासाठी, रोगप्रतिकार शक्ती वाढविण्यासाठी आत्मविश्वास देण्याचे कार्य ''आयुष क्वाथ'' करीत आहे.

सध्याच्या कोरोना विषाणूमुळे उद्‌भवलेल्या महामारीच्या संकटात राष्ट्रीय स्तरावर अगदी लॉकडाऊन,सामाजिक अंतर, विलगीकरण, अत्याधुनिक अशा "COVID 19" केंद्रांची स्थापना अशा उपाययोजना अगदी वेळेत अमलात आणल्यानेच भारताच्या लोकसंख्येच्या मानाने कोरोनाबाधीत रुग्णांची संख्या मर्यादित राहिली आणि त्यामुळे ओढविलेल्या मृत्युंची संख्याही नियंत्रणात राहिली असेच म्हणावे लागेल. केंद्र शासनाने ह्या महामारीच्या साथीत अत्यंत उपयुक्त अशा "Arogyasetu App" ची उपलब्धी केल्याने कोरोना बाधीत रुग्णाच्या सान्निध्यात आल्याची धोक्याची सूचना मिळण्याची सोय झाल्याने संसर्गास आळा बसण्यास नक्कीच मदत झाली आहे.

स्वातंत्र्यदिनाच्या निमित्ताने आरोग्याबाबतीत व सध्याच्या कोव्हिड महामारीच्या अनुषंगाने मा. पंतप्रधानांनी अंत्यंत महत्वाच्या अशा दोन घोषणा केल्या. पहीली घोषणा म्हणजे ''कोरोनावर इलाज ठरणाऱ्या एक नव्हे, तर तीन लसींच्या (Vaccines) परीक्षणाची प्रक्रीया देशात सुरू असल्याची.'' ही लस लवकरच उपलब्ध होणार असल्याचे जाहीर करून माननीय पंतप्रधानांनी भारतीय जनतेला आश्वासित केले. ह्याचबरोबर भारतात तयार होणाऱ्या लशी जागतिक स्तरावर अन्य गरजू देशांनाही उपलब्ध होणार असल्याचे सांगितले जात आहे. ह्या घोषणेमुळे भारतीय जनमानसास फार मोठा दिलासा मिळाला आहे.

दुसरी घोषणा अधिक महत्वाची आणि भविष्यकालासाठी जनमानसाला अधिक आश्वासित करणारी आहे. ''नॅशनल डिजिटल हेल्थ मिशन'' आणि प्रत्येक नागरीकाला ''आरोग्य ओळखपत्र'' (Heath Identity Card") उपलब्ध करणार असल्याची घोषणा. ह्या ओळखपत्रात प्रत्येक व्यक्तीची वैद्यकीय माहिती, वेळोवेळी घेतलेले औषधोपचार आणि उपचारांची माहिती जतन केली जाणार आहे. ह्या नवीन Health Mission मुळे आरोग्य क्षेत्रात पारदर्शकता येईल. सदर व्यक्ती भारतभरात कोठेही गेली व त्यास तातडीच्या किंवा नियमित औषधोपचारची गरज भासल्यास हेल्थ कार्डवरील एका क्लिक द्वारे त्याची सर्व "Medical History" उपलब्ध होवून पुढील उपचार त्वरीत सुरू करणे शक्य होईल.

एकूणच दोन्ही घोषणांची उपयुक्तता बघता ''लशींची उपलब्धता'' ही कोरोना महामारीच्या काळासाठी आणि भविष्यातील दीर्घ कालासाठी "Health Identity Card" ची उपलब्धता ह्यांचे ''स्वागत'' केले जाईल हे निःसंशय.

यशस्वी आयुर्वेदीय चिकित्सा-
IgA Nephropathy With Cocurrent Anti G.B.M. Disease!

डॉ. सरिता प्रदीप गायकवाड,
एम.डी (मनोविज्ञान व मानस रोग), पीएच. डी. (कायचिकित्सा)

किडनी विकारांमध्ये एक महत्वाचा रोग Glomerulonephritis हा असून त्यात प्रामुख्याने IgA Nephropathy चा समावेश होतो. या विकाराचे प्रमाण दिवसेंदिवस वाढत आहे, ही चिंताजनक बाब होय. [१,२] IgA Nephropathy हा विकार ५-३०% रुग्णांमध्ये आपोआप बरा होतो आण बऱ्याच रुग्णात रोग हळू हळू वाढतो. IgA Nephropathy झालेल्या २५-३० टक्के रुग्णांमध्ये २०-२५ वर्षात किडनी फेल्युअर संभवते.[३] IgA (इम्युनोग्लोब्युलीन ए) हे शरीरातील पचनसंस्था, श्वसनसंस्था, मूत्रसंस्था व गर्भाशयाच्या अंतस्त्वचेचे कार्य रोग प्रतिकारशक्ती देऊन सुरळीत चालवते. मातेच्या दूधातून बाळास मिळणारी प्रतिकारशक्ती याच IgA द्वारे प्राप्त होते. IgA Nephropathy विकारात किडनीमध्ये चाळणीचे काम करणाऱ्या Glomeruli मध्ये रोग प्रतिकारशक्ती देणाऱ्या IgA ची विशिष्ट अँटीजन (उदा. विषाणू/जीवाणु किंवा इतर) बरोबर प्रतिक्रिया झाल्यामुळे निर्माण झालेले घटक एकत्र संचित होतात. हे घटक जेव्हा अर्ध चंद्राकृती असतात तेव्हा त्यांना crescents असे म्हणतात. कधी कधी IgA बरोबर Igm, IgG, C3 ची deposites ही साठतात. त्यामुळे Glomeruli चे कार्यात अडथळा निर्माण होतो आणि रक्तातील तांबड्या पेशी आणि प्रथिने मूत्राद्वारे बाहेर टाकली जातात, म्हणून मूत्राचा रंग लाल दिसून येतो. जेव्हा Glomeruli मध्ये IgA चे crescents आढळतात, तेव्हा ती धोक्याची सूचना असते आणि अशा रुग्णांमध्ये किडनी फेल्युअर होण्याची शक्यता झपाट्याने वाढते[४] आधुनिक वैद्यकशास्त्राप्रमाणे या रोगात स्टेरॉइड्स, रोग प्रतिकारशक्ती दमन करणारी-कँन्सरमध्ये देण्यात येणारा Cyclophosphamide सारखी औषधे, माशाचे तेल (त्यात ओमेगा-३ ही फॅटी ॲसिड्स असतात), ACE inhibitors/ARBs इ. औषधे देतात, त्याचा तात्पुरता बरा परिणाम दिसून येतो मात्र Crescentic IgA Nephropathy मध्ये ३-५ वर्षातच एन्ड स्टेज किडनी फेल्युअर होते [४,५,६]. अशा रुग्णांना जगण्यासाठी डायलिसिस किंवा किडनी प्रतिरोपण हेच पर्याय उभे राहतात. त्यातही काही रुग्णांमध्ये Anti G.B.M. या ॲटीबॉडीज असल्या तर त्यांना किडनी प्रत्यारोपणाचा पर्याय ही उपलब्ध नसतो, कारण प्रत्यारोपण केलेल्या किडनीलाही किडनी फेल्युअरचा धोका संभवतो. IgA Nephropathy चे प्रमाण स्त्रियांमध्ये पुरुषांमध्ये अधिक असून या रोगाचे प्रमाण आशिया खंडातील लोकसंख्येमध्ये ४५/१०,००००० इतके आहे [७].

रुग्ण-अभ्यास : एका ४५ वर्षाच्या जैन रुग्णाला झारखंड राज्यातील पार्श्वनाथ- शिखरजी मंदीराचे दर्शन करायचे होते. ही तीर्थयात्रा अत्यंत खडतर मानली जाते कारण ३० कि.मी. हून अधिक पायवाट डोंगरदऱ्यातून जाते. ही यात्रा आपल्याला झेपेल की नाही याची शंका आल्याने रुग्णाने एका खाजगी डॉक्टरांकडून दि.१२.५.२०१८ रोजी तपासणी करुन घेतली. रुग्णाचा रक्तदाब वाढलेला होता-१७६/१०० मि.मि. एचजी. रुग्णाच्या इतर तपासण्या करण्यात आल्या. त्याचे सिरम क्रियाटिनीन १.९८ मि.ग्रॅ./डि.एल तर ब्लड युरिया ६ मि. ग्रॅ./डि.एल. आढळले. मूत्रामध्ये प्रथिनाचे प्रमाण ++ वाढलेले होते. त्या खासगी डॉक्टरांनी उच्चरक्तदाबावर औषध सुरू केले. तीर्थयात्रेला जाऊ नका असा सल्लाही दिला पण त्यांनी तो मानला नाही आणि ती खडतर यात्रा करून आले. थोड्या दिवसांनी त्यांच्या पायावर, तोंडावर सूज येऊ लागली. दि. ८.९.२०२० रोजी त्यांनी नांदेडच्या एका नेफ्रालॉजिस्टचा सल्ला घेतला. त्यांचा रक्तदाब २००/१०० मि.मि. एचजी. एवढा होता. त्यांचे सिरम क्रियाटिनीन ५.१ मि. ग्रॅ./डि.एल तर ब्लड युरिया १४४ मि.ग्रॅ./ डि.एल आढळले. त्यांच्या इतर तपासण्या पुढीलप्रमाणे होत्या :-

Hb-8.8 gm/dL,WBCs-6400/Cmm,RBCs- 3.02 Million/Cmm, Platelets-2,04000/Cmm; HCT_ 27.99%. Urine routine and microscopic examination : Proteins ++; RBCs-Plenty, Pus cells-2-3/HPF, Epithelial cells-1-2/HPF.

त्यांचे निदान Rapidly progressive Glomerulo-Nephritis (RPGN) असे करण्यात आले व त्यांना त्वरीत हैदराबादच्या सुप्रसिध्द तारांकित रुग्णालयात संदर्भित करण्यात आले. तेथे दि. १९.९.२०१८ ते २४.९.२०१८ त्यांना प्रवेशित करण्यात आले आणि त्यांची सखोल तपासणी करण्यात आली. त्यांच्या रक्तात - Anti GBM antibodies करण्यात आढळून आल्या तसेच ANCA-Igc antibodies ही आढळून आल्या. त्यांच्या किडनीची

बायोप्सी करण्यात आली. त्याचा अहवाल त्यांच्या शब्दात पुढील प्रमाणे दिला आहे:–

Kidney biopsy done on Sep 2018 showed following findings:- Serial sections studied show a core of renal cortex with up to 14 glomeruli and 1 artery. 7 glomeruli are obsolescent with 4 of these showing associated fibrous and fibrocellular crescents. 6 of the other glomeruli show cresents which are cellular in 4 and fibrocellular in 2.The underlying tuft shows a mild mesangial widening with minimum mesangial hypercellularity and segmental sclerosis in 2.

Tubular atrophy is seen over 25% of the cortex sampled. Scattered tubules have hyaline and granular casts. The interstitium with a moderately dense infiltrate of lymphocytes with occasional polymorphs.

Immunoflorescence study shows **11 glomeruli all with crescents.** There are significant linear deposits of IgG with associated mesangial deposits of IgA, C3c.

Diagnosis / Comments : Kidney (Needle) biopsy shows features of **Crescentic glomerulonephritis** with linear deposits of IgG consistent with **Anti GBM disease.**

There is associated background IgA nephropathy. There is focal global glomerular obsolescence (7 of 14) and mild to moderate Interstitial Fibrosis and Tubular Atrophy (25%) are features of chronicity. Scores : IgG -4+, IgM-Nil, IgA-3+, C3c-3+, Kappa Lc-2+, Lambda Lc 2+ IgA Nephropathy चे निश्चित निदान केवळ किडनीच्या बायोप्सीवरच अवलंबून असते. त्यांच्या Anti GBM disease असल्याचेही दिसून आले. रुग्णाचे २ वेळा Plasmapheresis करण्यात आले आणि एक दिवसाआड हिमोडायलिसिस करण्यात आले. स्टेरॉइड्स व कॅन्सरवर वापरण्यात येणारे Cyclophosphamide औषध सुरु केले. रुग्णालयाचे बिल आठ दिवसातच २ लाखावर गेल्याने रुग्णाने डिस्चार्ज़ घेतला. रुग्णाचे एक जवळचे नातेवाईक औरंगाबादच्या एका वैद्यकीय महाविद्यालयात प्राध्यपक असल्याने व तेथे उपचाराचा खर्च कमी लागेल या हेतुने रुग्णाने पुढील उपचार तेथे घेण्याचे ठरवले. दि. २५.९.२०१८ ते ६.१०.२०१८ त्यांच्यावर प्रवेशित करुन उपचार करण्यात आले. रुग्णाला ९ वेळेस Plasmapheresis आणि ९ वेळेस Hemodialysis करण्यात आले. स्टेरॉइडस व कॅन्सरवर वापरण्यात येणारी Cyclophosphamide इत्यादी औषधे चालू ठेवण्यात आली, परंतु या उपचाराने रुग्णास उपशय मिळाला नाही हे पुढील तक्त्यावरुन दिसून येईल:– (तक्ता क्र. १ पहा)

या तक्त्यावरुन असे दिसून येईल की, रुग्णाच्या अवस्थेत चांगला बदल होण्याऐवजी रुग्णाची अवस्था १० दिवसात खालावतच गेली.त्याचे हिमोग्लोबिन ९.८ ग्रॅ. पर्यंत खाली आले, पांढऱ्या पेशींची संख्या इन्फेक्शन झाल्याने वाढली, प्लेटलेटस्‌ची संख्या कमी झाली, प्लाझमाफेरेसिस व हिमोडायलिसिस करुनही क्रियाटिनीन आणि ब्लड–युरियामध्ये म्हणावा तसा फारसा बदल झाला नाही.सोडीयम, पोटॅशियम व कॅल्शियममध्ये अनुचित बदल झाले. दि.८.१०.२०१८ रोजी रुग्णाची Anti GBM antibodies ची तपासणी करण्यात आली परंतु प्लाझमाफेरेसिस करुनही त्यांच्या प्रमाणात कोणताही बदल झाल्याचे आढळून आले नाही. मात्र या १२ दिवसाच्या उपचारात रुग्णाचे रु. २ लाख खर्च झाले. शेवटी माझ्या एका डॉक्टर मित्राने रुग्णास माझ्याकडे संदर्भित केले. तो दि. ३ जानेवारी २०१९ रोजी माझ्याकडे पुणे येथे आला,त्यावेळी त्याची लक्षणे पुढील प्रमाणे होती:–

पादशोथ +++ मुखशोथ ++

तक्ता क्र. १: वैद्यकीय महाविद्यालयातील विविध चाचण्यांचे निष्कर्ष

चाचणी	२५.९.१८	२६.९.१८	२७.९.१८	२८.९.१८	३०.९.१८	२.१०.१८	४.१०.१८
Hemoglobin	9.8	9.0	8.2	8.8	7.4	6.8	6.1
TLC	9,400	9,650	7,990	11,370	7,510	11,670	15,260
Platelets	2,25000	2,07000	1,71000	1,62000	1,35000	98,000	66,000
Blood urea	155	218	218	212	211	207	146
S. Creatinine	6.6	6.0	5.0	4.6	4.6	4.4	5.0
Na/mEq/L		134	137	136	135	134	132
K/mEq/L		4.6	4.1	4.1		4.3	5.1
Ca/mEq/L		7.7	7.1	6.6		7.1	

दौर्बल्य +++ चिमचिमायन +
श्रमश्वास + पिटिका– कृष्ण वैर्वण्य ++
पूर्व इतिहास : उच्चरक्तदाब – ८ महिने, मूत्रगत रक्तप्रवृत्ती–८ महिने मधुमेह नाही.
मातृ–पितृ कुल–वृक्करोग, रक्तदाब नाही
स्वकुल–वि.आ.ना.

हेतु :

आहारज :–गुरू,स्निग्ध, अतिलवण,दुग्धजन्य, अध्यशन इ. शाकाहारी संतर्पणजन्य आहार, विहारज: तंबाखुसेवन–२० वर्षापासून, अग्निमांद्य, वेगावरोध,मलबध्दता दोषिक प्रकृती: कफ़–पित्तज,मानस प्रकृती: सत्व–राजस

शारिरीक तपासणी : पांडुता–+++, पादशोथ +++, मुखशोथ++ पिटिका–कृष्ण वैर्वण्य ++ दौर्बल्य +++
तापमान–सामान्य,श्वसन वेग–२३/मि.
रक्तदाब–१४०/९० मि.मि.एचजी.
नाडी–९०/मि., मल–मलावष्ठंब++, मूत्रप्रवृत्ती–अल्प,मूत्र–मात्रा–४००मि.लि./२४ तास जिव्हा–साम++
उर:हृद्रव
श्वसनसंस्था–श्रमश्वास+
उदर:–यकृत–वृध्दी+,उदर वृध्दी +
परीक्षणे : हिमोग्लोबिन–४.३ ग्रॅम/डीएल,पांढऱ्या पेशी–९८००/सीएमएम.
तांबड्या पेशी–२.४ दशलक्ष/सीएमएम, प्लेटलेट्स–१,२००००/सीएमएम,
एच.सी.टी.–२४ टक्के,सिरम प्रोटीन्स–४.१ ग्रॅम/डी.एल. अल्बुमिन–१.९ ग्रॅम/डी.एल
सिरम क्रियाटीनीन–७.७ मि.ग्रॅ./डी.एल,ब्लड–युरिया–१६६ मि.ग्रॅ./डी.एल
सोडियम–१३४ मिइक्वा ./डी.एल, पोटॅशियम ५.३ मिइक्वा./डी.एल,
सिरम कॅल्शियम–७.१ मि.ग्रॅ./डी.एल
मूत्र परिक्षण– Proteins +++; Sugar-Nil
RBCs-Plenty-Pus cells-8-10/HPF, Epithelial cells-4-5/HPF;Hyaline and granular casts present.
Urine Protein-Creatinine ratio-4.2.
HIV, HBsAg and HCV - Non-reactive.
USG Abdomen- Normal sized kidneys, echotexture normal, no e/o of calculus or hydronephrosis; Liver- E/o Coarse echotexture; Mild Splenomegaly.

विवेचन : सदर रूग्ण डॉक्टरांकडे तपासणीसाठी गेला असता त्यास अति उच्चरक्तदाब असल्याचे दिसून आले. अनेक अभ्यासात हे आढळून आले आहे की,किडनी विकारात उच्चरक्तदाब हे प्रथम लक्षण असते आणि अशा २०% रूग्णात अति–उच्च रक्तदाब हेच प्रमुख लक्षण असते. ज्या IgAN रूग्णांच्या किडनीत किमान १०% क्रिसेन्ट असतात, त्या सर्व रूग्णांमध्ये अति उच्च रक्तदाब हेच प्रामुख्याने आढळून आलेले sign होते. प्रस्तुत रूग्णाच्या किडनीत ७५% हून अधिक क्रिसेन्ट होते आणि त्याचा रक्तदाब २००/११० मि.मि. एचजी म्हणजेच अति उच्च रक्तदाब accelerated hypertension श्रेणीतील होता व तो इतर संशोधकांच्या निरीक्षणाशी सुसंगत म्हणता येईल. रूग्णाच्या रक्तात Anti Glomerular Basement Membrane antibodies आढळून आल्या, यावरून हे लक्षात येते की, हा रोग एक autoimmune disorder होय. रूग्णाच्या रक्तात Anti- Neutrophilic Cytoplasmic Antibody (ANCA) आढळून आल्या. त्यामुळे किडनीतील रक्तवाहिन्याना सूज येते. हे ही autoimmune disorder असल्याचे द्योतक मानले जाते. त्यामुळेच या रोगाची तीव्रतेने वाढ झाली. एरवी Crescenic IgN असलेले रूग्ण ३–५ वर्षात ESRD मध्ये जातात, पंरतु या रूग्णाने काही महिन्यातच ESRD अवस्था वाढ गाठली[१२]. Anti GBM disease या रोगास Goodpasture Disease असेही म्हणतात. त्यात किडनी व फुप्फुसे तात्काळ प्रभावित होतात, मात्र सुदैवाने रूग्णाची फुप्फुसे वाचली हे विशेष म्हणावे लागेल! रूग्णास असलेला IgA nephropathy with concurrent Anti GBM disease हा रोग अत्यंत विरळच मानला जातो, अशा प्रकारच्या केवळ ५ केसेस आता पर्यत उजेडात आल्या आहेत[१३]. रूग्णास स्टेरॉइड्स, रोगप्रतिकारशक्ती दमन करणारी Cyclophosphamide औषधे आणि Plasmapheresis[९,१०,११] ही देण्यात आली परंतु त्यास उपशय मिळाला नाही, हे तक्ता क्र.१ पाहून वाचकांच्या लक्षात येईल. रूग्णास ९ वेळा Plasmapheresis देऊनही त्याच्या रक्तातील Anti-GBM antibodies च प्रमाणे तसु भरही कमी झाले नाही, तसेच रूग्णाची अवस्था खालावत गेली, येथे हे नमूद करावेसे वाटते की,वरील सर्व आधुनिक चिकित्सा घेतांना रूग्णाची आर्थिक स्थितीही खालावत गेली, कारण २० दिवसातच त्याच्या खिशास ४–५ लाखांना कात्री लागली होती. सर्व आधुनिक उपचार निष्फळ ठरल्याने. माझ्या एका डॉक्टर मित्राने त्याला मजकडे पाठवले आणि अत्यंत कमी खर्चात माझ्या आयुर्वेदीक उपचाराने त्याची तब्येत सुधारली.

संप्राप्ती:– या IgA nephropathy रोगाला अनुक्तव्याधी म्हणता येईल कारण या रोगाचे वर्णन मूळ ग्रंथात आढळून येत

नाही. परंतु या रोगाची तुलना विषमय (आम) वृक्करोगाशी करता येईल. चुकीच्या आहार-विहार व सततच्या औषधीसेवनाने विषयांचा संचय होऊन आम निर्मिती होते[१४]. सदरील Anti-GBM disease with IgA nephropathy हा एक Auto-immune रोग असून पेशीय चयापचय क्रियेतून जेंव्हा फ्री रॅडिकल्स व रिॲक्टीव ऑक्सिजन स्पेसिज हे अस्थिर अणु मोठ्या प्रमाणात निर्माण होतात तेंव्हा ते स्वपेशींनाच मारक सिध्द होतात. या व्याधीस आयुर्वेदानुसार आम संबंधित व्याधी म्हणता येईल.

अन्नवहस्त्रोतसदुष्टी व वृक्करोग यांच्या लक्षणांमध्ये बरेचसे साधर्म्य दिसून येते.:

...स्त्रोतोरोधबलभ्रंशगौरवानिलमोढता: ।।२३
आलस्यापक्तिनिष्ठीवमलसंगारुचिक्लमा :।
लिंगं मलानां सामानां निरामणां विपर्यय:।।२४।।वा.सू.१३/२३-२४

रूग्णास गुरु स्निग्ध, अभिष्यदी, विदाही, अति-लवण, दुग्धजन्य आहारचे अतिसेवन, अध्यशन इ. कफवृध्दीचे आहारजन्य हेतु दिसून आले. तसेच रुग्णास २० वर्षापासून तंबाखु सेवनाची सवय होती. त्यामुळे रक्त-पित्त दुष्टी निर्माण झाली. तंबाखु सेवनाने किडनीवर अनिष्ट परिणाम होतात हे अनेक वेळा सिध्द झाले आहे.[१५] त्या बरोबरच रुग्णामध्ये आतपसेवन, वेगावरोध हे विहारज हेतू सेवनाने रुग्णात क्लेद (आम) वृध्दी होऊन अग्निदुष्टी झाली व त्यामुळे जाठराग्निमाद्य झाले, परिणामी उत्तरोत्तर धातुंचे पोषण होऊ शकले नाही म्हणून अपक्व धातू निर्मिती झाली ज्यामुळे धात्वाग्निमांद्य होणे क्रमप्राप्त झाले. अग्निमांद्य हे स्त्रोतोरोधजन्य वातप्रकोपाचे प्रमुख कारण होय. त्यामुळे अन्नवह, उदकवह (रस-रक्त-लसिका-मुत्र-स्वेद), प्राणवहस्त्रोतसामध्ये वातप्रकोप झाला.या वातप्रकोपाला ''आवृत्त वात'' असेही म्हणतात कारण ज्यामुळे विविध धातुप्रवहना ला खीळ बसते व त्यांचे परिणमन व्यवस्थित होत नाही. ही अवस्था काही कळ लांबली तर संचित दोष तिर्यक गामी होऊन तृष्णा, शोथ, श्वास,उदर या सारखी लक्षणे दिसू लागतात. हा परतंत्र वातप्रकोप असल्यामुळे या व्याधीची चिकित्सा करतांना केवळ वाताची चिकित्सा न करता कफ, रक्त व मेदाची चिकित्सा करणे आवश्यक ठरते.

चिकित्सा सूत्र :- रुग्णाची चिकित्सा खालील चिकित्सा सूत्रांव्दारे केली : १) निदान-परिवर्ज़न २) दिपन-पाचन ३) शमन व वातानुलोमन ४) रक्तबस्ती/बृहण चिकिस्ता (तक्ता क्र.२ पहा)

१) निदान-परिवर्जन:- रुग्णात वर उल्लेखलेले आहारजन्य

तक्ता क्र.२: चिकित्सेचा तपशील			
चिकित्सा	पासून	पर्यंत	चिकित्सेचा तपशील
दिपन-पाचन	०३.०१.२०१९ ०८.०१.२०१९	०७.०१.२०१९ १०.०१.२०१९	सितोपलादी+अविपत्तिकर चूर्ण १/२ चमचा जेवणाआधी कोमट पाण्याबरोबर २ वेळा पिंपळी चूर्ण ०.५ ग्रॅम कोमट पाण्याबरोबर सकाळी अनोशापोटी, एरंडपत्र स्वरम ३ चमचे
निरूह्व बस्ती	११.०१.२०१९		दशमूल+एरंडमूल+पुनर्नवा ४५० मि.लि.+सैंधव ५ ग्रॅम+ मधु ५मि.लि.+ नारायण तेल २०० मिलि
रक्त बस्ती	०९.०१.२०१९	११.०१.२०१९	६० मि.लि. निरोगी दात्याचे रक्त रूग्णास बस्तीद्वारे दिले व ४८ तासाच्या अंतराने पुन्हा ६० मि.लि. दिले.
शमन चिकित्सा	०८.०१.२०१९	०९.०२.२०१९	पुनर्नवादि मंडूर २ गोळ्या दिवसातून २ वेळा गोक्षुरादि गुग्गुळ २ गोळ्या दिवसातून २ वेळा निरी २ गोळ्या दिवसातून २ वेळा मजुनेदबी दुलवर्द + जवारीसे जालीनुस प्रत्येकी १ चमचा दिवसातून ३ वेळा पुनर्नवादि मंडूर २ गोळ्या दिवसातून २ वेळा गोक्षुरादि गुग्गुळ २ गोळ्या दिवसातून २ वेळा
	०८.०१.२०१९	२६.०७.२०१९	निरी २ गोळ्या दिवसातून २ वेळा मजुनेदबी दुलवर्द + जवारीसे जालीनुस प्रत्येकी १ चमचा दिवसातून ३ वेळा सितोपलादी +अविपत्तिकर चूर्ण १/२ चमचा जेवणाआधी कोमट पाण्याबरोबर २ वेळा द्राक्षादिकषाय+ सारिवाद्यासव ३ चमचे दिवसातून २ वेळा चंदन २ ग्रॅम+ सारिवा २ ग्रॅम+भूम्याआमलकी२ ग्रॅम+गोक्षुर २ ग्रॅम+पुनर्नवा २

			ग्रॅम चूर्ण दिवसातून २ वेळा कोष्ण जलासह शतावरी+गोक्षुर+वासा सिध्द दूध ४० मि.लि.दिवसातून २ वेळा -८ दिवस, त्यानंतर शतावरी+गोक्षुर+वासा सिध्द दूध ४० मि.लि.दिवसातून २ वेळा
	२७.०७.२०१९	२८.०९.२०१९	हरितकी ५० ग्रॅम+गुडुची ५० ग्रॅम+गोक्षुर ५० ग्रॅम आमलकी ५० ग्रॅम + देवदार५०ग्रॅम +पुनर्नवा ५० ग्रॅम+ सुंठी २५ ग्रॅम++ सारिवा २५ ग्रॅम+ अर्जुन ५० ग्रॅम+माका ५० ग्रॅम+शतावरी ५० ग्रॅम+नागरमोथा ५० ग्रॅम या चूर्णांना एकत्रितकरून १ चमचा दिवसातून २ वेळा कोष्ण जलासह गंर्धवहस्त्यादि कषाय ३ चमचे +गूळ+सैंधव अर्धा ग्रॅम दिवसातून २ वेळा द्राक्षादिकषाय ३ चमचे दिवसातून २ वेळा
	२९.०९.२०१९	३१.१२.२०१९	सितोपलादी+ अविपत्तिकर चूर्ण १/२ जेवणाआधी कोमट पाण्याबरोबर २ वेळा शतावरी+ गोक्षुर सिध्द दूध ४० मि.लि.दिवसातून २ वेळा गोक्षुरादि गुग्गुळ २ गोळ्या दिवसातून २ वेळा गंर्धवहस्त्यादि कषाय दीड चमचे दिवसातून २ वेळा द्राक्षादिकषाय दीड चमचे दिवसातून २ वेळा
	०१.०१.२०२०	आज पर्यंत	शतावरी+गोक्षुर+अश्वगंधा+सारिवा+गुडूची सिध्द दूध ४०मि.लि. दिवसातून २ वेळा गोक्षुरादि गुग्गुळ २ गोळ्या दिवसातून २ वेळा गंर्धवहस्त्यादि कषाय दीड चमचे दिवसातून २ वेळा

हेतु टाळून लघु व सुपाच्य आहार घेण्यास प्रवृत्त केले. रुग्णास २० वर्षापासून तंबाखु सेवनाची सवय होती. वारंवार समुपदेशनाने ही सवय कायमची सुटली. वेगावरोधक न करण्यास सांगितले. रुग्णास चालू असलेले स्टेरॉइड्स व रोगप्रतिकारशक्तीरोधक व कॅन्सरवर वापरण्यात येणारे Cyclophosphamide औषध हळूहळू मात्रा कमी करत बंद केले.

२) दिपन-पाचन:- रुग्णातील अग्निमांद्य व क्षुधामांद्य दूर करणे अत्यंत आवश्यक असल्याने दिपन-पाचन करण्याचे ठरविले. सितोपलादी+अविपत्तिकर चूण हे दिपन-पाचनाचे कार्य खूप चांगल्या प्रकारे करते हा माझा अनुभव आहे. त्यामुळे रस-रक्त धातुगत सामता कमी होण्यास मदत झाली. त्याच बरोबर पिंपळी ही पेशीय पातळी पर्यंत जाऊन दिपन-पाचनाचे कार्य उत्तम प्रकारे करते कारण तिच्यात स्निग्ध गुण असल्याने पित्ताचे रेचन करुन विबंध दूर करते आणि वातशमनाचे महत्त्वाचे कार्य करते.पिंपळी ही रक्तवहस्त्रोतस व प्राणवहस्त्रोतसावर प्रामुख्याने कार्य करते. तसेच त्यामधील कटुरस व मधुर विपाक व ती रक्तगामी असल्याने रक्ताग्नि प्रदीप्त होतो, म्हणजेच ती रक्तवर्धक असून रक्तोत्पत्तीचेही काम करते. ESRD मध्ये रक्तोत्पत्तीचे कार्य मंदावलेले असते त्यामुळे पिंपळी. Erythropoiesis रक्तोत्पत्तीचे कार्यास प्रेरणा देते. एरंडपत्र हे वातघ्न, कफघ्न, मूत्रकृच्छघ्न, गुल्म/बस्तीशूल कमी करणारे असून सप्तविधवृध्दीही कमी करते तसेच अधोगामी म्हणजेच रेचनाचे कार्यही करते.

३) शमन व वातानुलोमन :- रुग्णाच्या मूत्रातून वारंवार रक्तस्त्राव होत होता, त्यास आयुर्वेदात अधोक रक्तपित्त असे म्हणतात व त्यावर वमन ही उत्तम चिकित्सा सांगितली आहे.

अधोवहे रक्तपित्ते वमनं परमुच्यते.....। स च.चि. ४/६०

मात्र वमन देण्यापूर्वी रुग्णाचे बलाबल पाहणे अनिवार्य असते. प्रस्तुत केस मध्ये बलाबल अत्यंत कमी होते. रुग्णाचे हिमोग्लोबिन केवळ ४.३ ग्रॅम/डीएल एवढेच होते, त्यास अत्यधिक दौबल्य होते,त्यामुळे त्यास वमन देण्याचा निर्णय रहित केला. रुग्णास अग्निप्रदीपक, पाचक, विरेचक, रक्तशोधक/रक्तप्रसाधक, रक्तपित्तघ्न, शोथघ्न, स्वेदल, मूत्रल, अनुलोमक आणि धातुबलवर्धक औषधे दिली, त्याचा तपशील तक्ता क्र. २ मध्ये दिलेला आहे.

४) रक्तबस्ती :- वर म्हटल्याप्रमाणे रुग्णाचे हिमोग्लोबिन केवळ ४.३ ग्रॅम/डीएल एवढेच होते, अशा तीव्र स्वरुपाच्या पंडु रुग्णाला आधुनिक वैद्यकशास्त्राप्रमाणे ब्लड ट्रान्सफ्युजन दिले जाते, परंतु ब्लड ट्रान्सफयुजन ऐवजी रक्तबस्ती दिल्यास त्याचे खूप चांगले परिणाम सिध्द होतात हे लेखकाने एका अभ्यास प्रयोगाद्वारे सिध्द केले आहे. ज्यामध्ये तीव्र स्वरुपाच्या ॲनिमिया असलेल्या ३९ ESRD रुग्णांना जवळच्या नातेवाईकाचे (पूर्व स्क्रिनिंग करुन blood transmissible disease नसल्याची खात्री करुन) ६० मि.लि.रक्त दिले व ४८ तासांच्या अंतराने पुन्हा एकदा तेव्हढेच रक्त दिले. असे एकूण केवळ १२०मि.लि.रक्त देऊन या रुग्णांच्या हिमोग्लोबिनची तपासणी ४८ तासांनी केली असता,

रुग्णास रक्तबस्ती देतांना | रुग्ण ६ महिन्यानंतर | रुग्ण १६ महिन्यानंतर

त्यात सरासरी १.६५ ग्रॅम/डीएल एवढी वाढ झाली[१६].

प्रस्तुत रुग्णाला ६०मि.लि. रक्त दिले व ४८ तासांच्या अंतराने पुन्हा एकदा तेव्हढेच रक्त दिले. त्याचे हिमोग्लोबिन ४.३ ग्रॅम/डीएल एवढे वाढले म्हणजे त्यात २.१ ग्रेम/डीएलने वाढ झाली. तसेच रक्तबस्तीचा परिणाम क्रियाटीनीन कमी करण्यातही होतो, याची बऱ्याच जणांना कल्पना नाही. रुग्णाचे क्रियाटीनीन रक्तबस्ती दिल्यावर ४८ तासात ७.७ मि.ग्रॅम / डीएल (२.३ मि.ग्रॅम/डीएलने कमी)झाले.

रुग्णास दिलेल्या चिकित्सेने त्वरीत उपशय मिळाला. एका महिन्यातच शोध, दौर्बल्य, क्षुधामांद्य इ. लक्षणे कमी झाली. रुग्ण १८ महिन्यांपासून डायलिसिसमुक्त जीवन जगतो आहे. त्याचे क्रियाटीनीन ३.५ मि.ग्रॅम/डीएलच्या जवळपास स्थिरावले आहे.त्याचे सिरम कॅल्शियम,सोडियम, पोटॅशियम नार्मल रेंजमध्ये आहे. विशेष म्हणजे त्याच्या CKD stage-५ अवस्थेत सुधारणा होऊन तो CKD stage-४ अवस्थेमध्ये आला आहे. आधुनिक वैद्यकशास्त्रानुसार CKD stage-५ कधीही Reversible तो होत नाही. मात्र आयुर्वेदाने हा समज चुकीचा असल्याचे सिध्द केले. मी यापूर्वी टिळक आयुर्वेद महाविद्यालय,पुणे येथे (पीएच.डी.) संशोधन करुन आधुनिक वैद्यकशास्त्राचा ESRD is irreversible असल्याचा दावा चुकीचा ठरवला आहे[१७].

रुग्ण नांदेड महापालिकेत एका जबाबदार पदावर कार्यरत असून तो आपली कर्तव्ये विनासायास सहजतेने पार पाडत आहे. आयुर्वेदाने वरील असाध्य रोगावर मात करुन रुग्णास नव जीवन दिले ही अत्यंत समाधानाची व भूषणावह बाब होय!

Referances -

1) Harsh Mohan. Kidney and Lower Urinary Tract: IgA Nephropathy in Textbook of Pathology. 17th ed. The Health Sciences Publishers: 2015:661-663

2) Tumlin JA, Madaio MP, Hennigar R. Idiopathic IgA nephropathy: pathogenesis, histopathology, and therapeutic options. Clin J Am Soc Nephrol. 2007 Sep; 2(5):1054-61.
https://cjasn.asnjournals.org/content/2/5/1054

3) Julia B Lewis, Eric G. Neilson. Glomerular diseases: IgA Nephropathy. Chapter no.338 in Harrison's Principles of Internal Medicine, Vol-2. 19th ed, Mc Graw Hill Education: 2015, pp. 1839-1840

4) Pavan Malleshappa. Effective management of crescentic IgA nephropathy. Dial Transpl. 2014;35(1): 33-35

5) G. D'Amico, L. Minetti, C. Ponticelli, G. Fellin, F. Ferrario, G. Barbiano di Belgioioso, et al. Prognostic indicators in idiopathic IgA mesangial nephropathy. Q J Med, 1986; 59: 363-378

6) Nicholls K, Walker RG, Dowling JP, Kincaid-Smith P. "Malignant" IgA nephropathy, Jan 1985; 5(1):42-6.

7) Schena FP, Nistor I. Epidemiology of IgA Nephropathy: A Global Perspective. Semin Nephrol. 2018 Sep; 38(5):435-442. doi: 10.1016 / j.semnephrol. 2018.05.013.

8) Tumlin JA, Hennigar R: Clinical presentation, natural history, and treatment of crescentic proliferative IgA nephropathy. Semin Nephrol. 2006;24; 256 268

9) IgA Nephropathy National Kidney Foundation. https://www.kidney.org/atoz/content/iganeph

10) Chambers ME, McDonald BR, Hall FW, Rabetoy GM. Plasmapheresis for crescentic IgA nephropathy: a report of two cases and review of literature. J Clin Apher. 1999; 14(4): 185-7.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10611629

11) Rosanna Coppo. Corticosteroids in IgA Nephropathy: Lessons from Recent Studies. J Am Soc Nephrol. Jan 2017; 28(1): 2533.

12) Anti GBM Antibody Disease
https://emedicine.medscape.com/article/981258-overview

13) Ishwarya Annamalai, G Chandramohan, ND Srinivasa Prasad, Edwin Fernando, S Sujith. Rapidly progressive glomerulonephritis due to anti-glomerular basement membrane disease accompanied by IgA nephropathy: An unusual association. Saudi J Kidney Dis Transpl, 2017;28(6):1404-1407.
http://www.sjkdt.org/text.asp?2017/28/6/1404/220866

14) C. D. Sahadevan. Advanced methods in renal diseases management. Aryavaidyan, Feb-Apr 2016; Vol. XXIX. (3): 54-56

15) Sarika V. Desai, Nitin S. Nagane, P .E. Jagtap, S .P. Dhonde, G. J. Belwalkar. Tobacco chewing and smoking -risk for renal diseases. Biomedical Research, 2016;27 (3):682-686
https://www.alliedacademies.org/articles/tobacco-chewing-and-smoking-risk-for-renal-diseases.html

16) Dr. Sarita Gaikwad. Study of Role of Raktabasti in Chronic Renal Failure/ ESRD- E journal - Rasamruta; Feb 2014 http://www.rasamruta.com/2014-article9.php

17) Gaikwad Sarita alias Sonale Sarita. Ayurvedic management of Chronic Renal Failure- A non randomized clinical trial. Indian Journal of Applied Research, Aug 2017; 7(8):88-94
Https://wwjournals.com/index.php/ijar/article/view/10104/10039

डॉ. सुनंदा रानडे व डॉ. सुभाष रानडे फौंडेशन तर्फे उत्तेजनार्थ पारितोषिक प्राप्त लेख...

Study Of Saindhava Lavana (Rock Salt)

Vd. Shilpa B. Khartude,
PG Scholar (Rasashastra)

Vd. Yoginee S. Patil, Associate Professor,
Dept. of Rasashastra, TAMV, Pune.

Introduction - Rasashastra deals with identification, various pharmaceutical procedures and therapeutic use of minerals, metals, gems, lavanas, ksharas, etc. In Rasashastra, lavana varga is described as Trilavana, Panchalavana, shadlavana. Saindhava lavana is being exclusively included in each and every group of lavana varga. Saindhava lavana is a mineral drug, reference of which is traced in brihattrayi itself. Its Properties mentioned are-

रोचनं दीपनं वृष्यं चक्षुष्यमविदाहि च ।
त्रिदोषघ्नं समधुरं सैन्धवं लवणोत्तमम् ॥....च.सू.२७/३००

Rock salt is the best of salts; it is Appetizer, digestive-stimulant, aphrodisiac, improves eye sight and is non-irritant. It is curative of tridoshas and slightly sweet. Properties of Saindhava Lavana and its therapeutics benefits are mentioned classical texts of Ayurveda and Nighantu granthas as well as Rasagranthas. Saindhava lavana is a safe medicine which is easily and abundantly available in the market. But surprisingly it is observed that much more work is awaited on Saindhava lavana.

Aim - To Perform Comprehensive review of Saindhava lavana.

Objectives - 1) To make compilation of relevant data about Saindhava lavana from relevant literature and methodical classification of compiled data. **2)** To Study Categorical description of Saindhava lavana to understand its importance and therapeutic utility.

Literature Reffered- 1) Concerned Ayurvediya texts, total 18 no. of texts are scrutinized and relevant modern literature. All concerned previous research work, dissertations, articles etc. **2)** Internet information sources.
[Google scholar, www. DHARAONLINE, www.PUBMED.com, etc].

Previous work -Thesis - 1) Concerned Ayurvediya texts, total 18 no. of texts are scrutinized and relevant modern literature. All concerned previous research work, dissertations, articles etc. **2)** Internet information sources.
[Google scholar, www. DHARAONLINE, www. PUBMED.com, etc].

Previous work -Thesis -

- Dr. Suresh Prakash Lattice : Dynamical study of mixed crystals in Rock salt structure; Delhi IIT, September 1984.
- Dr. Kavan Khaledi, Constitutive modeling of Rock Salt with Application to Energy storage Caverns, RWTH Aachen University, July 2017.(www.researchgate.net)

Articles -

- Dr. Dhrubo Jyoti Sen, Apurbo sarker: Halite; The Rock salt: Enormous health benefits Vol.5, Issue12, 2016.
- Dr. Devanathan R. et al: Lavana varga in Ayurveda-A Review; Sastra university, Thanjavur, Tamilnadu, India, IJRAP 2010, 1(2)239-248.(www.ijrap.net)
- Hongwu Yin: Synthetic Rock Analogue for permeability studies of Rock salt with mudstone; Sept2017(www.mdpi.com)
- Mohammad Nafees, Nazish Khan: Analysis of Rock salt and sea salts for various essentials and inorganic elements; 2013. (www. researchgate. net)
- Robert V. Titler and Paul Curry: Chemical analysis of major constituents and trace contaminants of Rock salt; 2014. (http://www.saltinstitute.org)

Classification - Saindhava lavana is classified in Trilavan-Panchalavan-Shadlavan, Aahariya varga in classical texts. (See Table 1)

In Sangraha Period, almost all Rasashastra texts quote Saindhava Lavana. Rasashastra

Table no.1 Classification of Saindhava Lavana

Classical text	Varga/ Gana	Reference
1) Charaka Samhita	Panchalavan varga Shirovirechan gana Lavanskandha Deepanadi dravya	Ch.Su.1/88 Ch.Su.2/5 Ch.Vi.8/141 Ch.Chi. 19/28
2) Sushruta Samhita	Aahariyavarga (Vashyaman varga) Ushakadi gana	Su.Su.20/5 Su.Su.38/37
3) Ashtanga Hridaya	Vamaka dravya Niruhanani dravya Shirovirechana dravya	A.H.Su.15/1 A.H.Su.15/3 A.H.Su.15/5
4) Rasaratnasamucchaya	Shadlavana	R.R.S.10/67
5) Rasatarangini	Lavanpanchakam Lavantrik	R.T.2/3 R.T.2/4
6) Dhanvantari Nighantu	Shatapushpadi	Dh.Ni.2/125
7) Bhavprakash Nighantu	Haritakyadi	Bha.Ni.1/241
8) Nighantu Ratnakar	Sukshma Aushadhi	Ni.Ratnakar
9) Raj Nighantu	Pippalyadi	Ra.Ni.6/88
10) Kaiydev Nighantu	Dhatuvarga	Kai.Ni.2/66-67
11) Madanpal Nighantu	Shunthyadi varga	M.Ni.2/54
12) Shaligram Nighantu	Lavanpanchakam Lavantrik	Sha.Ni.
13) Ashtang Nighantu	Ushakadi gana	A.Ni.98-101
14) Rasachandanshu	Lavana varga	R.Ch.634
15) Dravyagunasangraha	Lavanadi varga	Dravyagunasarsangraha 4/1

texts included Saindhava lavana in lavana varga like Trilavana, Panchalavana, Shadlavana. Nighantu ratnakar included Saindhava lavana in Sukshma aushadhi according to its properties. As per kaiydev nighantu Saindhava lavana included in Dhatuvarga because it is obtained from mines. So Saindhava Lavana has unique role in various procedures in Rasashastra like Shodhana, Marana and also useful in various compound formulations.

Vernacular Names :- Saindhava Lavana has variety of names described in eighteen langauages are listed below.

- Arab- Mil- he- tabazard
- Bengali- Saindhava lavana, Saindhava nun.
- Can. Kon. and Mah- Sendhulavana.
- Duk.- Sondanimak.
- English- Rock salt, Sea salt, Bay salt, Sodium chlorate.
- Farasi- Namake sang.
- Ger.-Natrium chloricum.
- Gujarati- Sindhaluna.
- Hindi- Sendhalon, Sedhalon.
- Kannad- Saindhava, Saindhava lavana.
- Latin name- Sodii Chloridum.
- Marathi- Sende lona.
- Malvani-Seedholun.
- Malyalam.-Intu-uppu.
- Pers- Namake-sang.
- Panjabi- Sendhanamak.
- Sanskrit-Saindhava.
- Tam.-Indu-uppu.
- Tel.-Saindhalavanam

Synonyms Compiled From Classical Texts :- Nomenclature is one of the methods used for describing unique features of that particular drug. Compilation done for synonyms of Saindhava lavana revealed that there are

twenty four synonyms. These synonyms of Saindhava lavana show characteristics like lavanottamam, Pathyam. Saindhava Lavana is obtained from sindha region in substantial quantity so it has synonyms like Sindhu, Sindhuttham, Sindhumanthajam, Sindhu deshajama, Nadeyam, Sindhubhavam. According to Bhavprakash "Manimantham" means Saindhava looks like Rock Crystal. Rajnighantu quotes Shweta/Shivam is the best quality of Saindhava among all types of Saindhava. (See Table 2)

Geographical Disrtibution And Habitat

Figure No.1- Map indicating distribution of Rock Salt

Saindhava is obtained from the crystal valley region of the khewara salt mines in Pakistan, Rock salt (Halite) is obtained in the form of hard lumps in the mines in Baluchistan. Cargill maintains three mines in the US, including one 1800ft below Cleveland, as well as bedded deposits in New York. In India due to lack of production of Rock salt during 2011-12 and onwards, no

Table no.2 Synonyms of Saindhava Lavana compiled from classical texts

Criteria	Synonyms	R.T.	D.Ni	B.Ni	R.Ni	K.Ni	M.Ni	A.Ka
Regional Source	Sindhu		+			+		
	Sindhutham	+	+			+		
	Sindhujam		+	+	+	+	+	+
	Saindhava	+	+	+	+	+	+	+
	Sindhulavana	+						
	Sindhudeshajam	+						
	Sindhupala	+						
	Sindhubhava	+						
	Sindhumanthaja	+						
	Nadeya	+	+		+	+		+
Appearance	Manimantha		+	+	+	+	+	+
	Shilatmakam		+			+		
	Shilitmakam	+	+			+		
Properties	Shuddha		+		+	+	+	+
	Sheeta	+						
	Shivam		+		+	+		+
	Sheetashiv	+	+	+	+	+		+
	Sitashiv	+						
	Patuttam					+	+	
	Pathyam				+			+
	Vimalam					+		
	Varam					+		
Other	Shivatmajam				+			
	Shivatmakam							+

(R.Tara-Rasatarangini, D.Ni-Dhanvantari Nighantu, B.Ni-Bhavprakash Nighantu, R.Ni-Raj Nighantu, K.Ni-Kaiydev Nighantu, M.Ni-Madanpal Nighantu, A.Ka-Aanand Kanda.)

remarkable development of mining of Rock salt has occurred. Hindustan salts Ltd & its subsidiary sambhar salts Ltd have their own Rock salt mines at mandi in Himachal Pradesh.

Figure no.2- Geological sample of Rock Salt

(Reference-ukge.org)

Source and Preparation Of Rock Salt - Rock salt is found in Nature in extensive beds mostly associated with clay and calcium Sulphate. To obtain it, Holes are dug into these rocks which soon become filled up with salt water, the water is evaporated and the salt is left ready for use. Rock salt is found in old ocean sea beds that have long ago dried up. The compound originates from a body of sea water that undergoes an intense evaporation process, leaving behind large rings of sea salt. Then through the long process of geologic aging, the salt layers are covered with marine sediments. Rock salt (Halite) is obtained in the form of hard lumps in the mines in Baluchistan, Sindh and upper Punjab. It is natural sodium-potassium chloride. It is found in small white crystalline grains or transparent cubes. It is Brownish white externally and White internally. It has a pure saline taste and Burn with a yellow flame.

Origin And Occurance - Halite commonly known as rock salt, is a type of salt, the mineral form of sodium chloride (NaCl). Halite forms isometric crystals. The mineral is typically colorless or white, pink, red depending on inclusion of other materials and structural or isotopic abnormalities in the crystals. It commonly occurs with other evaporate deposit minerals such as several of the sulfates, halides and borates. Name origin from the Greek halos, meaning "salt" and lithos meaning "rock". **Occurrence -** Halite occurs in vast beds of sedimentary evaporite minerals that results from the drying up of enclosed lakes, playas, and seas. Salt beds may be hundreds of meters thick and underlie broad areas.

Industrial Uses Of Rock Salt - 1) Rubber manufacturers use it to separate rubber from latex. It is used as a filter and grinding agent in pigment and dry detergent processes.

2) Ceramics manufacturers use it for vitrifying the surface of heated clays.

3) Soap makers separate soap from water and glycerol by using it.

Chemical Structure - Rock salt = Sodium Chloride

- Molecular formula-NaCl.
- Category- Halide mineral
- Odour- Odourless
- Color- Colorless or white, Pink, Red
- Taste- Salty, Saline, Fluorescent
- Solubility- Water-soluble
- Cystal system- Cubic, Crystalline powder

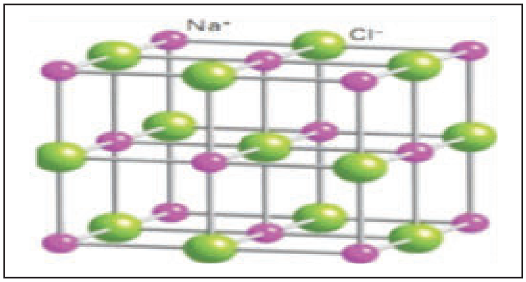
Physical Properties -

Table no. 4 - Physical properties of Rock salt

Nature- Cubic Crystals, Powder or granules	Appearance- Colorless
Color- White, Clear, Pink, Light blue, Dark blue	Test- Salty
Cleavage- Perfect, Cubic	Molar mass =58.44g/mol
Fracture- Brittle	Density= 2.17g/cm3 (Solid)
Luster Vitreous(Glassy)	Melting Point =8010c (1,4740f)
Tenacity- Brittle	Boiling Point =1,4650c (2,6690f)
Transparency- Transparent to Translucent	Streak- White
Hardness- 2.5	Crystal Structure - Cubic or Isometric
Specific gravity- 2	

Structure Of Rock Salt-

Figure no.3- Structure of Rock salt



Types Of Saindhava - According to Rajnighantu and Aanandkanda there are two types of Saindhava lavana- Shweta and Rakta.

Types Of Rock Salt - Table salt, Himalayan pink salt, Kosher salt, Sea salt, Celtic salt are the different types of Rock salt.

Rasapanchak Of Saindhava -

- Rasa - Lavana.
- Virya- Anushna,Sheeta.
- Vipaka- Madhura.
- Guna- Laghu, Snigdha, Sheeta, Mrudu, Sukshma.
- Doshghnata- Tridoshaghna, Pittashamaka, Vatahara.
- Karma- Hrudya, Chakshushya, Vrushya, Deepan, Pachan, Vranadoshavibandhajita, Ruchya.

Therapeutic Indications Of Saindhava Lavana-

लवणोपहिताः स्नेहा स्नेह्यन्त्यचिरान्नरम् । तद् अभिष्यंदि अरुक्षश्च सूक्ष्मं उष्णं व्यवायी च॥..... च.सू.१३/९८

Unctuous formulations prepared with salt an individual instantaneously because salt is by nature abhishyandi (that obstructs the channel of circulation), Unctuous, sukshma (that passes through subtle channels), hot, vyavayi (which gets digested only after its absorption and pervasion in the whole body).

In small doses it is highly carminative and digestive. It promotes the appetite and assists digestion and assimilation. In large doses (1 to 2 drachms) it is cathartic; in still larger doses (4 to 8 drachms) it is emetic. Rock salt is given in dyspepsia and other abdominal disorders. To rouse digestion weakened by diarrhea, Rock salt is given, in convalescence. When heated it is used to foment painful, swollen and such other parts.

Uses Of Saindhava - In Sangraha Period, almost all Rasashastra texts quoted Saindhava; also used widely in various processes like shodhana, marana. Saindhava is used in various Formulations has its unique role in various procedures in Rasashastra.

Therapeutic uses:-1) Single use, 2) Compound Formulations.

1) Single use of Saindhava- (See Table 5)

2) Compound Formulations of Saindhava Lavana - In Charaka Samhita total 84 yogas are quoted and in Sushruta Samhita total 136 Yogas quoted having Saindhava as one ingredient. Therapeutic uses of Saindhava are through various routes of drug administration (Bahya and Abhyantar). Scrutiny of texts revealed that Saindhava is used externally for various types of basti, Vamanartha prakshepa dravya, Vranashodhak Yoga, Nadivrana yoga, Arshoghna lepa, Virechaka aushadhi and Shvitranashak lepa and Internally Saindhava lavana is also useful due to its wide range of

Table no.5 Single use of Saindhava lavana

Pharmaceutical Procedures	Reference	Therapeutic Indication	Reference
Shodhana-	R.T.5/27-30	Deepan, Pachana,Vrushya	Ch.Su.27/300
Parad	Rasajalanidhi		
Makshik	R.R.S.5/50		
Tamra	R.T.15/15-17		
Suvarna			
Parada ashtasanskara -	R.R.S.11/29	Hrudya,Netrya,Tridoshaghna	Ch.Su.27/300
Swedana	R.R.S.11/30,31		
Mardana	R.R.S.11/51,52		
Deepan sanskara			

therapeutic actions. As having property Deepan, Pachan, Hrudya, Vrushya, Netrya, Vranadoshahara, Tridoshaghna, Therefore many herbomineral compound drugs have Saindhava as one of its ingredient, exclusively. Amongst these formulations few formulations are listed below- (See Table 7)

Discussion - • Almost all Ayurvedic classics introduced Saindhava lavana. Many references are available thereafter in Rasashastra texts, wherein Saindhava is abundantly used in many processes in Rasashastra.

• Lavana are not considered in Panchavidha Kashaya yoni as it is not possible to make Swarasa, Kalka, Kwatha, Hima and Phanta any of these kalpana's from it.

• Properties of Saindhava Lavana indicates its significant use in diseases of Annavaha srotas in general, Properties of Saindhava lavana are

Table no.7 Few Peculiar Compound Formulations of Saindhava lavana

Route	Name of the Formulation	Rogadhikar	Therapeutic uses	Reference
Abhyantar	Tarshya Agad	Sarpavisha	Sarpavisha	Su.ka.5/67
	Hingvashtaka Churna	Agnimandya	Vataroga,Agnimandya	Bhai.Ra.10/59
	Lavanabhaskara Churna	Agnimandya	Pandu, Shwasa, Kasa, Krumi.	Bhai.Ra.10/79
	Vadavanal Churna	Agnimandya	Agnimandya	Sha.sa.m.k.6/114
	Ajamodadi Churna	Vatavyadhi	Gudhrasi,Aamavata	Sha.sa.m.k.6/115
	Agnitundi Vati	Agnimandya	Mandagni	Ra.Sa.sangraha
	Pradarnashak yoga	Pradara	Pradara	Bha.pu. Mishra.10/51
	Shankha Vati	Agnimandya	Grahani,Kshaya	Bhai.R.10/187
	Saindhavadi churna	Kshatakshin	Parshvashul, Shwasa, Kasa	Cha.chi.11/85
	Hapushyadi Churna	Udar	Shotha, Kamala	Cha.chi.13/134
	Narikel lavana	Shoolaroga	Amlapitta, Parinamshoola	Bhai.R.30/69
	Arka lavana	Pleehagulma	Udar, Gulma	Bhai.R.41/31
	Dashamuli Ghruta	Gulma	Kaphaja gulma	Ch.chi.5/144
Bahya 1)Taila	Anu Taila	Pratishyaya	Pratishyaya	Cha.chi.26/141
	Mahavrajak taila	Kushtha	Bhagandar, Nadivrana, Kushtha	Su.chi.9/60
2) Lepa	Arshoghna lepa	Arsha	Vipakva Arsha	Su.chi.6/12
	Manashiladi lepa	Kushtha	Shveta kushtha	Cha.chi.7/167
	Shirishbijadi lepa	Arsha	Arsha-Daha, Kandu, Shotha	Cha.chi.14/53
3) Varti	Nadivrana Varti	Nadiroga	Nadivrana	Su.chi.17/34-41
	Bruhatyadi Varti	Netraroga	Vataj Netraroga	Cha.chi.26/232
	Bruhatyadi Varti	Netraroga	Vataj Netraroga	Cha.chi.26/232
	Saindhavadi Varti	Netraroga	Kaphaj Netraroga	Cha.chi.26/261
4) Anjana	Pippalyadi Anjan	Vishachikitsa	Vishaprabhavita netra	Cha.chi.23/183
	Timirnashak Anjan	Madhumeha	Arma,Timir,Kacha	Su.chi.13/35
Bahya+ Abhyantara	Masha Saindhava Taila	Vatavyadhi	Bahushirshagata vata, Sankuchit anga	Cha.chi.28/98.
	Bala Taila	Mudhagarbha	Sutika roga,Vatavyadhi	Su.chi.15/31

Deepan, Pachan, Hrudya, Vrushya, Netrya, Vranadoshahara, Tridoshaghna.

● In lavana varga's following lavana are explained which are Saindhava, Samudra, Vida, Sauvarchala, Romaka, Aaudbhida. Saindhava lavana is the best amongst all these lavana because in ascending manner they have increased in quality of Ushna property, Vata Shamaka and Kaphapittavardhak. As we take these lavana in descending manner they have more and more Snigdha,Swadu and Srushtamutrapurishaja properties.

● In Charaka Samhita total 84 yogas are quoted and in Sushruta Samhita total 136 Yogas quoted having Saindhava as one ingredient so Saindhava lavana has its unique role in various types of compound formulations and also useful in Panchakarma procedure.

● Therapeutic uses of Saindhava are through various routes of drug administration (Bahya and Abhyantar). Scrutiny of texts revealed that Saindhava is used externally for various types of basti, Vamanartha prakshepa dravya, Vranashodhak Yoga, Nadivrana yoga, Arshoghna lepa, Virechaka aushadhi and Shvitranashak lepa and Internally Saindhava lavana is also useful due to its wide range of therapeutic action.

● Saindhava lavana and adraka always pathyakar prior to meal, due to its pachak rasa vardhan property so it improves appetite.

● Saindhava lavana is only the exception that does not shows Atiyogajanya lakshana of Lavana rasa which are Khalitya, Palitya, Kushtha, Visarpa, Avrushya, and Achakshushya.

● Lavana varga dravyas are contraindicated in Raktajvikara except Saindhava lavana due to its Sheeta virya property.

● In the form of Kawala and Gandusha Saindhava lavana is indicated in sore throat condition.

● In conditions like Jirna Amavat, Gudhrasi, Sandhigata vata Saindhava lavana Avagaha & pottali sweda is useful.

● Saindhava lavana is one of the potent content in preparation of Basti and Vamana yoga's and these yoga's are useful in Sutrakrumi.

● Saindhava lavana is one the content of the Normal Saline (NS) which are used in Atisara.

Conclusion - 1) At the time of review, it was noted that Saindhava is described under the classification of Lavanavarga Shadlavana, Lavanapanchakam in Rasaratnasamucchaya, Rasatarangini, and Rasachandashu.

2) According to Rajnighantu and Anand kanda Types of Saindhava lavana are Shweta and Rakta, Shweta type of Saindhava is the grahya type. Literary meaning of Shweta is the substance having white crystalline grains or transparent cubes.

3) Saindhava lavana is a safe medicine which is easily and abundantly available in the market. Properties of Saindhava Lavana indicates its significant use in diseases of Annavaha srotas in general, in small doses it is highly carminative and digestive, given in dyspepsia, To rouse digestion weakened by diarrhea, it promotes appetite and assist digestion, in larger doses it is emetic.

4) Saindhava lavana is only the exception that does not shows Atiyogajanya lakshana's of Lavana rasa which are Khalitya, Palitya, Kushtha, Visarpa, Avrushya, and Achakshushya, so Saindhava Lavana is said to be best amongst all Lavana's so it should be considered in everyday diet.

5) Especially qualitative and quantitative estimation of total constituents should be done to assess the action of Saindhava lavana.

6) There is also need of standardizing the expected Grahya Saindhava by multiple clinical trials.

7) There is also need to designed further clinical study to confirm the efficacy of the Saindhava lavana.

8) The social awareness of Saindhava Lavana in compaired with Iodised salt should be done to make it regular in daily diet because Saindhava Lavana is said to be best

amongst all Lavana's so it should be considered in everyday diet.

References- १. रोचनं दीपनं वृष्यं चक्षुष्यमविदाहि च । त्रिदोषघ्नं समधुरं सैन्धवं लवणोत्तमम् ॥ ....च.सू.२७/३००

२. लवणोपहिताः स्नेहा स्नेहयन्त्यचिरन्नरम् । तद् अभिष्यंदि अरुक्षश्च सूक्ष्म उष्णं व्यवायी च॥..... च.सू.१३/९८

३. चक्षुष्यं सैन्धवं हृद्यं रुच्यं लघ्वग्निदीपनम् । स्निग्धं समधुरं वृष्यं शीतं दोषघ्नमुत्तमम्॥......सु.सू.४६/३१५

४. सैन्धवं तत्र सस्वादु वृष्यं हृद्य त्रिदोषनुत । लघ्वनुष्णं दृशः पथ्यमविदाह्यग्निदीपनम् ॥.....अ.हृ.सू.६/१४४

५. तत्रापि सैन्धवं मुख्यं विद्वद्भिःपरिकीर्तितम । उक्ते लवणसामान्ये सैन्धवं विनियोजयेत ॥.....रस.तरं.५

६.अथ सैन्धवस्य नामानि सैन्धवः सिन्धुलवण सिन्धुत्थं सिन्धुदेशजम् । सिन्धुपलं सिन्धुभवं सैन्धवं सिन्धुमन्थजम्॥....रस.तरं.१७

७. सैन्धवं लवणं हृद्यं वृष्यं नेत्र्यं रुचिप्रदम् । पाचनं दीपनञ्चैव त्रिदोषशमनं परम् ॥ व्रणदोषहरं शीतं स्निग्धं लघु विबन्धजित् । मृदुवीर्य पित्तहरं विबुधैः परिकीर्तितम् ॥.....रस.तरं.२०

८. सैन्धवं सिन्धु सिन्धुत्थं नादेयं सिन्धुजं शिवम् । शुध्दं शीतशिवं चान्यन्मणिमन्थं शिलात्मकम्॥ ...ध.नि.शतपुष्पादिवर्ग२८

९. सैन्धवोऽस्त्री शीतशिवं मणिमन्थञ्च सिन्धुजम् । सैन्धवं लवणं स्वादु दीपनं पाचनं लघु । स्निग्धं रुच्यं हिमं वृष्यं सूक्ष्मं नेत्र्यं त्रिदोषहत् ॥....भा.प्र.नि.२४

१०. सैन्धवं रुचिदं वृष्यं चक्षुष्यं चाग्निदीपनम् । शुध्दं स्वादु लघु स्निग्धं पाचनं शीतलं मतम् ॥ अविदाहि तु सूक्ष्मं च हृद्यं चैव त्रिदोषहम् । व्रणदोषं मलस्तम्भं हृद्रोगं चैव नाश्येत् ॥ .....नि.रत्नाकर.

११. सैन्धवं स्याच्छीतशिवं नादेयं सिन्धुजं शिवम् । शुध्दं शिवात्मकम् पथ्यं मणिमन्थं नवाभिधम् । सैन्धवं लवणं वृष्यं चक्षुष्यं दीपन रुचि । पूतं नस्यात्त्रिदोषघ्नं व्रणदोषविबन्धजित् ॥ आ.क.१/३३९–३४०

१२. सैन्धवं दीपनं हृद्यं चक्षुष्यं रोचनं लघु ॥ स्निग्धं वृष्यं च मधुरं शीतं दोषघ्नंमुत्तमम् ।...द्र.गु.सं.४/१

१३. पञ्चाम्बुवर्तिनः सिन्धोः पूर्वभागे विशेषतः । शिलोच्चयखनौ सिन्धूपलं समुपलभ्यते ॥...र.तरं.१२१

१४. भोजनाग्रे सदा पथ्यं लवणार्द्रकभक्षणम् । अग्निसन्दीपनं रुच्यं जिव्हाकण्ठविशोधनम् ॥....भा.प्र.नि.

Bibliography- 1. Vd.Yadavji Trikamji Acharya, Charaka Samhita, Ayurveda dipika Commentary by Chakrapanidatta,Chaukhambha Oriental Prakashan, Varanasi . Edition- 2013 [page no.170].

2. Vd.Ambikadatta shastri, Sushruta Samhita,chaukhambha Sanskrit sansthan, Varanasi. Edition-2015 [page no.269].

3. Dr.A.M.Kunte and K.R.Navare, Ashtanga Hridayam with commentaries Sarvangsundar and ayurvedrasayana, Chaukhambha Sanskrit Sansthan,Varanasi.Edition-2015 [page no.116]

4. Acharya Vagbhata; Commentator-Dr.D.A.Kulkarni,Rasaratnasamucchaya with Vidnyanbodhini Commentary ,Meherchand Lachmandas Publication,2006 [page no-192]

5. Shri.Sadanand Sharma, Rasatarangini edited by Kashinath Shastri , 11th Edition, Motilal Banarasidas Publication-1979 [page no-11 & 347].

6. Vd.Yadavji Trikamji Acharya,Rasamritam English translation by Dr.Damodar joshi , Chaukhamba Sanskrit Bhawan , Varanasi, 1st Edition-1998 [page no-129].

7. Vd.Ambikadatta shastri, Bhaishajyaratnavali, chaukhambha Sanskrit sansthan-varanasi , edition-2002.

8. P.V.Sharma , Dhanwantari Nighantu,Chaukhambha Oriental-2008 [page no-74]

9. Prof.K.R.Srikantha Murthy, Bhavprakash Purvakhanda (English print) Krishnadas Academy Press, Varanasi, 2nd edition -2001. [page no-368].

10. Vyakhyakar Bhisagratna Gopinath Gupt, Bharat Bhaishajya Ratnakar, Motilal Banarasidas Delhi.Edition-1685.

11. Dr.K.C.Chunekar, Bhavprakash Nighantu edited by Dr.G.S.Pandey-chaukhambha bharati academy, Varanasi-2013[page no.149].

12. Bhisagvarya Krisnashastri R.navre,Nighantu ratnakar part-1 ,chaukhamba Sanskrit Pratishthan 1st Edition : 2011 [page no-169].

13. Shabdakalpadrum-5th Part, Nag Publishers-Reprint-1987[page no-414].

14. Dr.K.M.Nadkarni, Indian Materia Medica Volume 1st and 2nd revised and enlarged by A.K.Nadkarni, 3rd edition, Bombay Popular Prakashan, 2005 [page no-97 & 109]

15. The Ayurvedic Pharmacopoeia of India, Part -1 Volume -4, 1st Edition. [Page no-224]

16. Vd.P.D.Mule, Rasadhatuprakash, 1st edition, Anant mudranalay,Ambapetha,Amaravati-1957

Ayurvidya International
Peer Reviewed Indexed Journal
Dedicated to Research In Ayurveda
(ISSN - 2347-6273)
July 2020 Vol. II Released.
Book Your Copy Now!!
Contact - Dr. Dixit (9422516845)
Email : ayurvidyamasik@gmail.com
Yearly Subscription - ₹ 550/- only.

Submit your Research Papers
For Ayurvidya International
- Vol. I 2021.
To be released on Jan. 2021.

(आहारजिज्ञासा : आहार विषयाचा जागतिक व आयुर्वेदाच्या माध्यमातून वेध घेणारे सदर)

Animal Meat Global food

Dr. A. B. Limaye, B. A. M. & S., F. F. A. M. (Anaesthesia), L. C. P. & S.

Paleontological evidence Suggests that animal meat and eggs of the birds constituted a Substantial prportion of the diet of the earliest humans.

"Homo erectus" our ancestor during early stone age, discovered Fire and controlled use of fire, to roast animal meat started. The art of cooking developed after the discovery of utensils. The boiling and steaming the food started.

This was the first revolution of food science and food safety, a boon to humanrace. Due to discovery of the fire, we started eating sterilized food, eliminating parasitic worms, bacterias and viruses, contaminating fresh raw food.

Early hunter gatherers depended on the organised hunting of large animals such as bioson or Deer.

The domestication of animals, and breeding started, in the last glacial period ©. 10,000 B. C). Which allowed Systematic production of meat, eggs and milk.

Food preservation has its roots way back to 12000 BC Sundrying was the dominant method, still today we practice this method in India.

Quest being the second nature of human species. The process of Exploration and attempts to unclerstand life was going on.

The, Vedas and Darshanas were born and bloomed in the cradle of Indus Valley civilization i.e. Hindu civilization. Ayurveda is Considered to be an extension of Atharvaveda, having its moorings in Hindu Philosopies, sciences, and spirituality.

Ayurveda reached its zenith in the times of "Charak and Sushrut (800-600 BC), much before Greek medicine.

On the Geographical factors like rainfall land was classified into three categories called as Deshas.

1) Jangal Desha :- It is an arid area, land surface is Charaeterized by rocky, sandy with full of stones. The rain fall is scanty, small ponds are seen, and thorny bushes are their khadira, sallaki, Aswatha, Vata and Amalaki trees are common.

The people are of Vata and pitta prakruti dominant. They are harsh, strong and rough in nature.

2) Anup Desha :- The land surface is uneven, hills are their Lake, rivers are found in great number, Marshy land is moist and humid. Date palms, Coconut, Arecanut, Banana, Sugarcain grow well in the area. The people are Kaph and Vata prakruti dominant. They are delicate and gentle in nature.

3) Sadharan Desha :- In this desha we get mix characters of both Jangal and Anupdesha, with proper balance of dry and moist land. There are open spaces and forest also. People are of Samadoshaj prakruti.

In above deshas sages studied seasonal and regional changes in the flora, fauna and human beings

They developed adaptation regimes for the surviaval of life of human beings.

प्राणिनां पुनर्मूलम् आहारो बल–वर्ण–ओजसांच।s. su. 46-3

देह पोषक प्रधान जाठराग्निः। c. ch.

यदन्नं देहधात्वोजोबलवर्णादि पोषकम्। ch.15/5

In animal kingdom all animals depend on food for survival.

Agril is the prime player for the proper digestion, absorption and assimilation of food. Food is mandatory for the physical and mental fitness, Complexion and robust immunity i.e. oja.

रोगाश्चाहारसंभवाः। च. सू. २८

Though food is the life for living beings. Ayurvedic stalwarts cautioned the community, that mistakes in the diet will lead to disaster.

Greek Physicion Hippocrates father of modern medicine (C 460-370 B.c.) Said "Let food be thy medicine and medicine be thy food".

Paramount importance of food was lauded by legend

'न चाहार समं किं चिद् भैषज्यमुपलभ्यते।

शक्यतेऽप्यन्न मात्रेण नरः कर्तुं निरामयः।।

भेषजेनोपपन्नोऽपि। निराहारो न शकयते।

तस्माद् भिषग्भिराहारो महाभैषज्यमुच्यते।। काश्यप खिल.

In Kashyap samhita it is clearly mentioned, there is no medicine better than food. It is possible to keep an individual away from disease only with proper diet Hence a physician Should have thorough knowledge about diet, and properties of food ingredients from Ayurvedic angle and modern medicine.

To maintain Doshas - Dhatus - Maalas Samya, and Triguna (Satwa, Raja, Tama) eguilibrium, Ayurvedic seience has advised rules for the diet,

हिताशी स्यात् मिताशी स्यात् कालभोजी जितोन्द्रियः।

सू सू ४६/३१

जीर्णे हितम् मितम् च अद्यात् । A.H. H. S.

अति मात्राशनमाम दोष हेतूनाम् । A.H. H. S.

यथाग्न्यभ्यवहारोऽग्नि संधुक्षणानाम्। A.H. H. S.

After the digestion of previous food, eat beneficial food in limited quantity, according to Ritu, at fix timings.

If you cross the Limit of eating, and does not follow the timings there will be production of "Ama"

Production of "Ama" will harbour various diseases Individual should eat as per the status of his agni on daily basis, optimum level of "Agni" i.e. biological fire maintain's the health.

Signs and Symptoms of proper digestion of food are described in different samhitas

१) विसृष्टे विण्मूत्रे विशदकरणे देहे च सुलघौ। विशुद्धे चोद्गारे हृदि सुविमले वाते च सरति। तथा अन्नश्रद्धायां क्लम मरिगमे कुक्षौचशिथिले। प्रदेयस्ताहारो भवति भिषनां कालःसतुमतः। (Sushruta Uttartantra 64/84)

२) प्रसृष्टे विण्मूत्रे हृदि सुविमले दोषे स्वपथगे। विशुद्धे चोद्गारेक्षुद्पगमने वाते अनुसरति।

तथाग्नावुद्रिक्ते विशदकरणे देहे च सुलघौ। प्रयुञ्जीताहारं विधिनियमतःकालः सहि मतः।

(Ashtangsamgraha Sutrasthana 8/55-56)

३) उद्गार शुद्धिरुत्साहो वेगोत्सर्गो यथोचितः। लघुताक्षुत्पिपासा च जीर्णाहारस्य लक्षणम्

(Ashlangsamgraha Sutrasthana 11/70)

The essence of all these shlokas, after proper digestion of food with evacuation of the bowel and bladder, the cleaning of the body takes place, called as "Vishadi karan" and due to this there is light feeling The movement of the doshas to their normal paths, normal burping and hunger pangs start i.e. Aginsandukshana' starts. There is stable energy and enthusiasm, with mental clarity and sense of happiness. This is the ideal time for a meal.

There is a advise for the quantity of a meal.

द्वौ भागौ पुरयेत अन्नैः तोयेन एकं, प्रपुरयेत। मारुतस्य प्रचारार्थ चतुर्थं अवशेषयेत्।

Charakacharya says, If stomach capacity is hypothetically divided into four parts, on the basis of its filling, one should take two parts of solid food, like rice, paratha or bhakari, and one part Ligud i.e. Milk, buttamilk, Amati or dal and one part should be left empty for easy movement of "Vata"

Calorie is The measure of food quantity in modern seience. Age, Sex, weight and the nature of the work every day, are the deciding factors. On this basis the calaries perday are calculated and the advise is given how to distribute them among breakfast, lunch and dinner.

Now let us discuss the Ayurvedic stalwarts opinions regarding the freguency of meals every day.

Sushruta Samhita says durbalagni person shoud eat once a day, which is sufficient to maintain his health.

A person having good power of agni should eat twice a day for proper nourishment. Sushruta gives importance to "agnibala"

याममध्ये न भोक्तव्यं याम युग्मं न लंघयेत् । याममध्ये रसोत्पत्ती याम युग्मात् बलक्षयः।। (Bhavaprahash)

In "Bhavaprakash" a text on Ayurveda it is said that one must not eat within one "yama" i.e. three hours after the consumption of previous meal, and one must not practice langhana i.e. fast after two yama i.e. six hours after consumption of previous meal. After the meal for three hours there is Rasotpatti and after six hours if you do not eat there will be

loss of body strength i.e. Bala will decrease.

If you follow this method in a day you can have three meals i.e. Breakfast, lunch and dinner. I think all over the world this method is followed. If we think of Agnibala this method is use ful for manual workers or sport person Sedentary Community should not follow this method.

सायंप्रातः मनुष्याणाम् अशनंश्रुतिचोदितम्। नान्तरा भोजनंकुर्यात् अग्निहोत्र समोविधिः। (yogaratnakara)

Yogaratnakara the text on Ayurveda Says that as per Shruti Grantha one must eat only twice a day. i.e. in the morning and in the evening at sunset, Just as Ritual Agnihotra is performed at sunrise and sunset. In this method your lunch should be by 12 pm - to 1 pm i.e. in the pitta kala, According to Ayurveda lunch is very important or main meal; and dinner is always light compered to lunch. you should take dinner by 8 to 9 pm. In This method from lunch to dinner there is a gap of eight hours and after dinner at night till next day lunch the gap is of sixteen hours. Charakacharya and Yogaratnakara are the proponent of this theory. In Ayurvedic era this was the life style of the people.

As we know the Aganibala i.e. power of the biofire varies per season. In Hemant and Shishir Ritu Aganibala is quiet intense for this period of four months. Shastra" has given amendment after gething up in the early morning, one should respond to natural urges. Then if you have food cravings you can have a small meal or break fast.

Other wise throughout the year everyday in the morning if you get hunger pangs, you should get oil massage or Abhyang.

''अथ जातान्नपानेच्छो तैलरभ्यंगमाचरेत्''। (Ashthanga Sanhita)

In the morning the oil gets absorbed quickly and reaches to micro channels easily. Rikta Srotasas are filled with oil.

Modern Science says when we get up in the morning Neuro transmitters serotonin and dopamine production starts. Pineal body starts producing melatonin.

Seretonin governs your appetite, digestion and mood. Dopamine and melatonin also take part in the digestion.

Ideal level of seretonin helps you to become calm, focused, anxiety free and happy, which helps you to fight daily stress.

If you take a morning walk and do some Exercise the Seretonin level increases. The Abhyanga or oil massage enhances the seretonin level. seretonin is nature's own appetite suppresscint which helps to over come food cravings or hunger pangs.

The ideal level of seretonin in the blood is 101-283 mg/ml. Serotonin is Synthesised from Tripto phan Aminoacid vitamin Bcomplex, calcium, magnesium and zinc help the synthesis.

Ishte Deshe Sarvopakarane - You Should eat daily in comfortable atmosphere with your family members. The atmosphere plays important roll, you get rid of daily stress, which helps to prevent psychiatric disorders like depression.

Natidrutam - When we eat teeth grind the food, and Bodhak Kapha mixes with the food, If we eat fast grinding of the food is incomplete. Bodhak Kapha does not get time to act. Vata dosha incveases

In the mouth when grinding of the food starts, saliva mixes with the food. Ptylin in the saliva starts digesting the starch, this action take place in alkaline medium. If you eat fast proper action does not take place and undigested starch passeses to stomach.

Eating fast does not give opportunity to experience the Fragnance, Flavour and sacculence of the food. By enjoing these qualities of food, your mind and "Atman" are pleased; it helps to attain Satiety.

Nativilambitam - If eating time is prolonged, the hot food becomes cold. food becomes stale, looses its cryspiness. Lingering affects the enzymes production.

Before starting meal eat crushed ginger with salt for Agnideepan and at the end of the meal drink butter millk is the advise of Ayurveda.

The Amla and kashya are two Rasas in Buttermilk: Kashya rasa helps to stop production of enzymes. **(क्रमशः)**

Vd. Purushottam Shastri Nanal Essay Competition 2019 - Second Prize Winner Essay

Brain Death And Organ Donation - Challenges

Dr. Supriya Suryakant Muddalwar, P.G (Final Year), S.S.A.M, Hadapsar.

Organ transplantation saves thousands of lives every year but the shortage of donors is a major limiting factor to increase transplantation rates. To allow more patients to be transplanted before they die on the waiting list, an increase in the number of donors is necessary. Patients with devastating irreversible brain injury, if medically suitable, are potential deceased donors and strategies are needed to successfully convert them into actual donors. Multiple steps in the process of deceased organ donation can be targeted to increase the number of organs suitable for transplant. In this review, after describing this process, we discuss current challenges and potential strategies to expand the pool of deceased donors.

Several obstacles have been overcome over the last few decades to make organ transplantation an effective life-saving treatment for many patients. Among them, the refinement of surgical techniques and the availability of effective immunosuppressive regimens against rejection have played a major role. However, only the availability of donated organs from deceased persons (DD) has made it possible for organ transplantation to become an established, worldwide treatment for patients with organ failure. Without the "gift of life" from deceased donors, it is difficult to imagine how so many lives could have been saved. Currently, the shortage of organs is a major obstacle to making organ transplantation more accessible to a larger number of candidates. Only 30,973 transplants from 15,064 donors have been performed in the United States in the year 2015, while more than 1,21,000 candidates were waiting for a transplant. Furthermore, the gap between the number of patients on the wait list and the limited number of available organs continues to widen. As a consequence, more than 6,000 patients die every year while waiting for a transplant. In the ideal situation of an unlimited organ supply, virtually no patient would die on the wait list. Instead, due to the persistent scarcity of organs, a candidate for transplant has a 10% to 30% chance of dying, depending on the organ, while others are on the wait list to receive an organ.

The common parameters adopted in different countries to measure the activity of organ donation have been traditionally adopted for the number of donors/million population. Although this metric is prone to the flaws of regional variations in health status, it is still used worldwide. In this review, because our observations are limited to the United States, we will refer instead to the total number of donors/years.

The shortage of organs has been recognized worldwide as a major limiting factor to organ transplantation. The World Health Organization and several international agencies have addressed organ shortage at different levels. Over the past decades, several initiatives have been put into place to address the shortage of organs. Among them, The Organ Donation Breakthrough Collaborative, funded by the Division of Transplantation in the Health Resources and Services Administration of the Department of Health and Human Services, was launched in September 2003 with the intent of increasing the number of organs available for transplant. The goal of this initiative was to achieve a donor conversion rate (i.e., from eligible to actual donor) of 75% or higher across the country. Since its inception, more than 180 hospitals have met or exceeded this goal. Another goal proposed in this initiative was to increase the number of organs transplanted per donor. Subsequently, the Institute of Medicine published the document "Organ Donation: Opportunities for Action". This report emphasized that the current system of organ donation could be greatly improved and offered a number of specific recommendations to help increase the supply of transplantable organs. Given the wide variation in consent rate, ranging between 30% and 70%, across Organ Procurement Organizations (OPO), the IoM recommended the identification of best practices and their dissemination among institutions in the organ-procurement and transplantation system. In addition, the IoM report suggested to devote research efforts to identify new ways to improve the system and increase donation rates. Importantly, among them, it was recommended to integrate organ donation in the process of end-of-life care, recognizing that patients and their families should

be offered the opportunity to donate as part of the standard care at the end of life. Still, after those and other efforts, over the last decade the donation rate from deceased donors has remained stagnant

The vast majority (80%-90%) of organs from DD are procured after declaration of death by neurologic criteria (or "brain death", BD). Brain death is determined after irreversible cessation of brain stem activity documented by bedside neurologic tests. The oxygenation of a comatose person who suffered a devastating irreversible brain injury fulfilling the criteria for brain death is maintained by mechanical ventilation, while cardio-circulatory activity and organ perfusion is supported, if needed, by inotropic medications.

Currently, organs for transplant are recovered after determination of the donor's death. This standard practice, commonly known as the "Dead Donor Rule", requires that the intended donor be declared dead before the removal of any life-sustaining organs. This rule was introduced to protect the person's life before death and to prevent that lives were ended for the purpose of procuring organs. This rule is important to maintain the public trust in organ donation and transplantation and to avoid the misconception that care is withdrawn from potential donors in order to expedite death for the purpose of organ recovery. Recently, however, the dead donor rule has been reconsidered. In the opinion of some ethicists, while the "Dead Donor Rule" assures patients, families and health professionals that a patient is dead before removing organs, therefore making organ transplantation legally and ethically acceptable, on the other hand it may jeopardize donation in selected cases. As an example, it is quoted the case of a DCD potential donor with prolonged phase (the interval between withdrawal of support and cardiac arrest) that prevented organ recovery and transplantation due to prolonged ischemia. It is argued by some that, after the decision of withdrawing support has been reached, organs be procured without waiting for the declaration of death by circulatory criteria (i.e., cardiac arrest). The advantage of this pathway would be to give patients the opportunity to donate even before death is declared, when death is imminent ("near death") and donation is desirable, in order not to jeopardize the viability of donated organs for transplant. It is argued that, when death is very near, some patients may want to die in the process of helping others to live, even if that means altering the timing or manner of their death. Regardless of this debate about the dead donor rule, it is important that ICU physicians, transplant professionals and organ procurement organizations make every effort towards maintaining public trust. Mistrust from the general public regarding the procurement of organs will likely result in reduced consent rates for donation based on the perceived fear by the donor's family that treatment is withdrawn from their loved one in order to obtain organs. In other words, fearful people will assume that physicians care more about obtaining organs than saving the patient's life. In addition, this debate on the dead donor rule emphasizes the importance of a previous recommendation by the IOM about the integration of organ donation with end-of-life care. By this integration, the donation process starts before the occurrence of the donor's death, at the time when the potential donor with irreversible devastating brain injury is referred but is not yet declared dead. Since every actual donor has been a potential donor sometime before in the process, it is likely that the coordination of end-of-life care and organ donation would allow to identify and manage potential donors early in the process, increasing the chances of donation. The process leading from donation to transplantation can be described in the following 6 steps: Brain injury, Referral, Brain death, Consent, Organ recovery and Organ transplantation

Once exclusion criteria have been ruled out, the potential donor becomes eligible for donation after declaration of brain death, which is the third step of the process. Established neurologic tests allow the determination of death by neurologic criteria (brain death tests) and therefore determine eligibility for donation. According to UNOS definition (see above), an eligible death for organ donation is defined as the death of a patient 70 years older or younger, without any exclusion criteria for donation, legally declared brain dead according to hospital policy independent of family decision regarding donation or availability of next-of-kin, independent of medical examiner or coroner involvement in the case, and independent of local acceptance criteria or transplant hospital practice.

The concept of brain death has been introduced in 1968 following the proposal by an Ad Hoc Committee that a person could be declared dead after irreversible cessation of the function of the entire brain. Before the introduction of this concept, the death of a person was declared after irreversible cessation of circulatory and respiratory function. After the introduction of brain death, it became accepted that a person requiring

mechanical ventilation can be declared dead even while maintaining heart beating. This is an important aspect to discuss with the donor's family given that the concept of death in the public opinion is mainly associated with arrest of cardio-circulatory activities.

Organ donors are patients with extensive brain injury resulting, most commonly, from Cerebrovascular accident or trauma or anoxia. Only a small proportion of those patients who suffered extensive and irreversible brain injury become actual organ donors because of the variable impact, in terms of intensity and timing, of brain injury on neurological functions and on brain stem activity. As a result, the occurrence of brain death is more or less likely and more or less rapid in different patients. As an example, a patient with large Intra-cerebral haemorrhage or a Bilateral Pontine Haemorrhage is more likely to progress to brain death within a relatively short timeframe than a patient with diffuse anoxic injury without intracranial hypertension. Consequently, the time interval between brain injury and brain death varies, impacting on the management of the potential donor and costs. In addition, during the time interval between brain injury and brain death the patient is exposed to the systemic adverse effects of brain injury, including haemodynamic instability, diabetes insipidus and others.

After brain death, in observance of the principles of autonomy and non-maleficence, the consent to donation is sought from the patient, the family or the next of kin before proceeding with organ recovery. This represents the fourth step in the process and an important focus for future strategies to increase donation. Several aspects of the step of obtaining consent to donation are crucial, including the timing, the method and the approach. Usually, the donor's family is approached after declaration of brain death. However, in selected cases it may be indicated to approach the family before brain death, as in the case of an unstable donor where rapid deterioration of organ function may occur. This critical step of communicating with the family highlights the importance of effective coordination of end of life care between ICU providers and OPO personnel. In some countries outside the United States, regulations allow the procurement of organs based on the presumed consent of the donor in absence of documented objection to donation. In the United States system, which is based on explicit rather than presumed consent, it is important that the approach to the family and the process of obtaining consent for donation is conducted in a culturally-sensitive way. It is becoming increasingly clear that a better understanding of the donor's family language, culture, faith and values is critically important to increase consent rates. The current consent rate is on average 76% ranging between 62% and 93% across OPOs. Little is known about the factors associated with such variability across regions. In addition, the reasons for denied consent to donation by the donor's family are still poorly understood and represent an opportunity for action in order to increase deceased donation.

After consent is obtained, the OPO, in collaboration with the donor hospital, allocates suitable organs and arranges for the operation of organ recovery, which represents the fifth step of the process. Typically, multiple organs are procured in different combinations including heart, lungs, liver, kidneys, pancreas and intestine from the same deceased donor during a multi-team operation lasting several hours. Each team carries the burden of recovering the respective organ in the best possible condition for their intended recipient. Therefore excellent communication and coordination between teams is essential during procurement. Typically the teams recovering the thoracic organs and the abdominal organs proceed simultaneously. The intra-operative management of the donor during organ recovery has been reviewed elsewhere. It is critical to assess and correct, when necessary, the hemodynamic, metabolic, hormonal and pro-inflammatory alterations occurring in the setting of brain death. Studies have documented that the quality of donor management impacts on the quality of the procured grafts and on graft function. The different techniques of multi-organ procurement have been described extensively and vary among countries.

The allocation and transplantation of the procured organs represents the final step of the process. In the United States organ allocation is regulated by organ-specific policies following the criteria of urgency as indicated by the degree of disease severity of transplant candidates. Although the vast majority of recovered organs are subsequently transplanted, not all recovered organs are always transplanted. The reasons for failure to transplant procured organs are multiple and include damage to the organ during procurement, organ unsuitability discovered during or after procurement, sudden unsuitability of the intended recipient to receive the allocated organ and others.

Regardless, to maximize the use of this scarce resource it is important to prevent organ “discard” after recovery. The conversion rate, which reflects the proportion of eligible donors that becomes actual donors and is one of the parameters monitored by the OPO, is an indirect way to assess discard rate of procured organs. Accordingly, actual donors are considered those in which at least one organ has been successfully transplanted. Multiple factors impact on conversion rates and are beyond the scope of this review.

A Case Study On The Ayurvedic Management Of Bahupitta Kamala w.s.r To Jaundice

Dr. Shruti Vasant More,
M. D. Scholar (kayachikitsa)

Dr. Abhaychandra S.Inamdar
M. D. Reader (kayachikitsa), T.A.M.V., Pune

Introduction :- As the process of evolution proceeded,our life style, food habits, everything changed. This era of industrialization has unknowingly changed the routine. Continuous busy and stressful life, over eating of fast food, cold drinks, alcohol etc lead to rasa and rakta dushti. All these etiological factors leads to hazardous diseases, one among them is bahupitta kamala. In ayurvedic texts nidanpanchak and treatment of kamala is given very well.

कामली तु विरेचन is chikitsa sutra of the kamala. The treatment of kamala must start with virechana.The basic theory is that raktadushti is responsible for kamala and yakrut (liver) is the mulasthan of rakta.Rakta and pitta has ashrayashrayi sambandha so that daily virechana is recommended.Ayurveda has mentioned many formulations for treatment of kamala.

This case study describes an attempt to management of bahupitta kamala with herbs which gave effective result.

Aim :- To study the effects of ayurvedic formulations in management of bahupitta kamala.

Objectives :- To study the mode of action of ayurvedic formulations in bahupitta kamala.

Case report :- A 56 yrs old male patient presents in kayachikitsa opd with following complains-
• Pita varniya mutrata (yellowish dicolouration of urine) • Pita varniya twaka (yellowish skin discolouration) • Ubhay pad shoth • Twak panduta (pallor) • Kshudha mandya (anorexia) • Hrillas(nausea) • Aruchi • Daurbalya.

Patient had above complains since 15 days.

Patient is K/C/O HTN since 12 yrs.

Patient gave H/O- Kamala and chickengunya 7 months ago.

Habit - gutka sevan and madyapan.

Samanya parikshan - Nadi-86/min.

Mala (stool)-pittavarniya. Mutra (urine)-pittavarniya. Jivha (tongue)- alpa saam.

Shabda (speech)-spashta. Sparsha ushna.

Akriti-madhyam. Bal-madhyam

B. P- 110/80mm of Hg.

Material And Methods:-

Method:- 1) A case study 2) centre of study- OPD and IPD departments of seth tarachand ramnath dharmarth ayurvedic hospital,pune.

Material :- Table 1- showing material of case study-

Drug	Dose	Duration
Sutshekhar	250mg	Thrice a day .
Punarnavamandur	250mg	Thrice a day.
Gokshur ghanvati	250mg	Thrice a day.
Vasaguduchyadi	20ml	Thrice a day
Kwath (as anupan)		as anupan of above drugs.
Rohitak churna	500mg	Twice a day with warm water.
Haritaki churna	500mg	Twice a day with warm water.

Dicussion :- After taking detail case history and knowing all hetu sevan done by patient and the lakshanas that occurred in patient probable diagnosis was made of bahupitta kamala.

Samprapti that occurred in patient was found to be as follows :-

Hetu:- 1) Ahar - • Atimadyapan and gutaka sevan. • kshara, amla, lavan, ushna ahar (more outside food). • viruddha ahar, paryushit ahar.

2) Vihar - • atishram (mill worker). 3) Manas - Chinta, krodh, bhaya.

Samprapti ghatak :- 1) Dosha Pitta 2) Dushya-Rasa, rakta. 3) Strotas - Rasavah strotas, raktavah strotas. 4) Udbhavsthana - Mahastrotas. 5) Adhishan-Rakta, mansa. 6)Vyaktisthan -Twak.

Vyadhi vinishchay- Bahupitta kamala.

Taking into consideration above samprapti that was seen in patient ,and the lakshanas such as pita varniya mutra and mal pravrutti, aruchi, hrillas etc. and by the investigations done which showed raised total bilirubin confirmed diagnosis of bahupitta kamala was made in this patient. Accordingly, chikitsa prayojana was made which was mainly focussed on mruduvirechan as stated in kamala chikitsa sutra, pitta shaman and drugs to overcome yakrut dushti .

With above treatment protocol drugs such as sutshekhar, punarnava mandur were used which contains tamra, lohakitta that works mainly on yakrut and thereby overcomes yakrut dushti. Also they contain kutaki which is mruduvirechak and helps in pitta shaman. Vasaguduchyadi kwath was given as anupan, it is potent hepatoprotective, pitta as well as raktadushtihara and is indicated in pandu, kamala and other liver complications. Haritaki and rohitak churna was used since they are pitta rechak and are indicated in yakrut and pliha dushti.

Table 2 :- mode of actons of formulations used in chikitsa-

Drug	Mode of action
Sutshekhar	Aampachak, pittashamak
Punarnava mandur.	Hepatoprotective, detoxifies blood, haematinic. Pittaghna, swedal, agnidipak, shothaghna
Gokshur Ghanvati.	Mutral, shothaghna.
Vasaguduch-yadi kwath.	Hepatoprotective, pittahara, Raktadushtihara. (Stated in pandu, kamala, raktapitta)
Haritaki Churna.	Pittaghna, pittavirechak, anuloman, rasayani, Jwaraghna, dipana, kamlahar.
Rohitak churna.	Useful in liver and spleen disorders. रोहितकोयकृत्प्लीहगुल्मोदरहर:सर:

With the use of above formulations ,with pitta shaman and rechan and yakrut balvardhan, improvement in lakshanas of patient was seen. Patient's appetite became normal, agnivruddhi was seen in patient which was previously mandagni, netra pitata was seen to be subsided by the end of 15 days. Mal mutra pravrutti was found to be normal later with the treatment.

Table 3 :- Improvement in lakshanas with the treatment:-

Lakshanas 1st day	With treatment 7th day	Follow up 15th day
Pita varniya mutrapravrutti.	Alpa pita varniya mutrata.	Prakrut Mutra-pravrutti.
Pita varniya netra and twak .	Twak and netra alpa pitata.	Prakrut twak and netra. (no icterus was seen)
Kshudhamandya	Kashudha vruddhi.	Prakrut kshudha.
Aruchi.	No aruchi was seen.	No aruchi.
Twak panduta .	Twak panduta.	Prakrut twak varna.
Daurbalya.	Bal prakrut.	Prakrut bal.

Also later with the treatment investigations of the patient were repeated and the values were seen to be normal later with the treatment .

Table 4 :- changes in investigations before and after treatment.

	Investigations	
	Before treatment.	After treatment.
Total bilirubin	4.61 mg/dl	0.9 mg/dl.
Direct bilirubin	1.84 mg/dl	0.5 mg/dl.
Indirect bilirubin	2.77 mg/dl	0.4 mg/dl.
Total proteins	5.3 gm%	8.5 gm%.
Albumin	2.2 gm%	3.2 gm%.
globulin	3 gm%	5.3 gm%.
Hb	6.7 gm%	7.2 gm%.

Conclusion :- On the basis of above discussion it can be concluded that ayurvedic formulations can give significant effect on disease like jaundice(kamala). In bahupitta kamala mainly pitta dosha is vitiated. Drugs used in this case acts as pitta rechak, shamak and satisfies the chikitsa sutra कामली तु विरेचन

which acts on vitiated pitta dosha, pacifies the excess pitta and release it out from the body and regularise the liver function .

References :- 1) Charak samhita vaidya manorama hindi commentary By ravidatta tripathi and vidyadhar shukla. 2) Vaghbhata samhita Marathi bhashyantar dr.Ganesh garde. 3) Dravyagunvidnyaniya by acharya Priyavat Sharma . 4) www.pubmed.com

Vd. Purushottam Shastri Nanal Essay Competition 2019 - Third Prize Winner Essay

Fitness Awareness: Need Of Hour

Dakshayani N. Gholap, (IV Year B. P. Th)
Dr. Vitthalrao Vikhe Patil Foundation's, College of Physiotherapy -Ahmednagar

The notion of physical fitness is truly an ancient one immersed in Hinduism where physical perfection is crucial for full realization of one's self. History tells us that, to gain strength and audacity Gods and Goddesses had to be well trained in the physical disciplines. Racing, Wrestling, Archery, fencing as we know it were common and have enough mention in our ancient texts. But why does our present not mirror it? Why is there no awareness of our legacy? Why is health not a part and parcel of our lives? We all know that complete social, physical, mental and spiritual well being leads to healthy and harmonious life. Health and fitness is the key to long, active and replay-able life. In-spite of us knowing these facts, we tend to ignore it.

Who is responsible for our fitness? Every morning a voice pops up saying 'Get up, start exercising at least half hour a day', but what do we say to that inner voice?- No lets do it tomorrow and the line of action continues for the successive days, as we do not pay heed to that inner voice. So who is our enemy? We ourselves. A healthy outside starts first from the inside which is then carried forward to a healthy physical daily routine. Make up your mind for physical training as it gives us an outlet for suppressed energies which are created by stress and a common daily routine thus toning the spirit just as exercise conditions the body. The man who earns a million but does not pay attention to his health in the process, is not really successful.

Age is no bar for fitness. A person is called physically fit when he has physical health awareness, takes proper nutrition, manages weight, performs average vigorous physical recreational activities, takes sufficient rest and has good quality of life. When a person is physically active it reduces the incidence if injuries, and also improves physical fitness and promotes well being. Unawareness leads them to chronic disorders like Obesity, Hypertension, Diabetes. Indian fitness industry has evolved due to increasing cases of diabetes and obesity. Rising cases of osteoporosis and lowered bone density are promoting people to take health, diet, and fitness seriously. As per the surveys, only 5% of adults participate in 30 minutes of physical activity each day, only one in three adults receive the recommended amount of physical activity each week. Only 44% of 75 year old age adults are physically active. Few of them do not find time to exercise, while most of them lack the motivation to join a fitness center also many of them claim to be absolutely clueless about where to begin there fitness journey from.

A big share of Indian youth doesn't work out daily and most of them are not also aware of importance of a healthy diet. Many of these teenage children have faulty food habits. Surveys are a proof saying that level of physical activity and the level of fitness among youngsters do not meet their physical abilities. Though the governments are widely promoting yoga majority of Indian youth don't do or believe in yoga. Yoga- a holistic science has health promotion principles of self -sufficiency and self knowledge of the body and mind. It is most commonly prescribed form of fitness promotion by ayurvedic practitioners in order to withstand external changes.

As we humans have got smart and started building machines that help us our work done,

level of physical activity is reduced. Youngsters as well as adults are engaged in gaming. In this rapidly changing world of 21st century due to newer inventions and technologies everything is in easy reach. In the developing era of India due to lesser availability of private transport system and various luxurious services people used to walk longer distances, made use of cycles and also performed heavy physical activity, which somehow was responsible for their fitness. But today due to technological advances various mobile apps are launched which perform the tasks like ordering food, online bank payments, online theater ticket booking etc. Some or the other way evolution in the field of technology has hampered physical activity. But we need to realize that there is no shortcut for healthy living. It takes time to create a better stronger version of yourself.

In terms of revenue and employment healthcare has become one of India's largest sectors, in recent years. Government is boosting fitness services in the form of Gyms. Thus preventive approach to health care has led to an increase in demand for services but products too. Fitness equipment's like dumbbells, treadmill also forms a major segment in focus. This factors promote brighter days for gym and fitness industry and further has golden days ahead. Previously, spending on fitness and taking gym membership was seen as a luxury, but now it has become a part of people's lifestyle. Increasing number of individuals are going to gyms so as to counter the side effects of their hectic urban lifestyle, to reduce stress, anxiety and depression. Biggest advantage of joining a gym is availability of a wide array of equipment including cardio machines, strength machines, weights, and various functional training gears that help in the regular exercise. At present people don't hesitate to spend quite a sizeable amount for looking or feeling good. But it is not about your appearance, its all about having a good quality of life.

The gym culture which is at an infancy stage in India at present is growing at a very fast pace as more and more people are joining the gym movement for better health and prolonged life thus gradually, they are embracing the gym culture promoting its necessity. Advances in wearable technology like fitness trackers, smart watches, heart rate monitors etc. helps one keep record of their physical fitness. These devices are easily accessible fitness trends. Various group training activities are carried out for different age groups. Fitness programs for Older adults are carried out on large scale at Urban places. Today we see employed fitness certified professionals who carry out certified fitness programs accredited by the National commissions for certifying agencies. Nana- Nani parks are on rise today, thus providing great platform for achieving physical fitness to the old aged individuals, children, and adults.

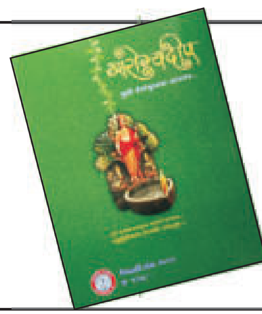
Everyone of us must realize that physical fitness is not about the appearance, but is about having good quality of life and the potential to function independently. Exercise should be a part of who we are. It should be like brushing our teeth, eating up our meal, or showing up for an appointment. Night owl or an early bird. Which is better? Each one of us should aim at becoming FIT, FIERCE and FABULOUS. The universe does this thing....where it aligns you with people, things and situations that match the energy you put out. The more we tweak ourselves and raise our vibration, the more we will see things that are favorable for our well-being. It is well said that "Fitness is like a relationship. You cant cheat and expect it to work". Turn fat to fit. Thus the need of hour is to glorify health. Every individual must get committed for being fit.

अभिनंदन!
अभिनंदन!
अभिनंदन!

"आरोग्यदीप २०१९"

दिवाळी अंकास पारितोषिक !!

Influx Group तर्फे आयोजित करण्यात आलेल्या छंदश्री आंतरराष्ट्रीय दिवाळी अंक स्पर्धेत आरोग्यदीप २०१९ दिवाळी अंकास द्वितीय पारितोषिक प्राप्त झाले.



डॉ. पद्मनाभ केसकर, आत्ययिक रुग्णचिकित्सा – तज्ज्ञ अध्यापक, रुबी हॉल क्लिनीक, पुणे.

हृदयविकाराचा झटका (हार्ट अटॅक)

मित्रांनो कुठल्याही दुर्घटनेला आपण कसे सामोरे जातो यावरून आपले व्यक्तिमत्व अधोरेखित होत असते. कुठलीही दुर्घटना घडतीये हे आपल्याला आधी समजले पाहिजे तरच आपल्याला तिला सामोरे जाता येईल. Sensing the emergency is more important than treating it.

एक ६० वर्षाच्या आजोबांना रात्री १० च्या सुमारास जेवण झाल्यावर अस्वस्थ वाटायला लागले. घाम फुटायला लागला. छातीत दुखत न्हवते पण जडपणा वाटत होता, मोठ्ठा श्वास घ्यावासा वाटत होता. गुदमरल्या सारखे वाटत होते.

आजोबांना ब्लड प्रेशर, डायबेटीस चा त्रास आहे. काही वेळाने डावा खांदा जड पडायला लागला.

अशा वेळी तुम्ही काय प्रथमोपचार कराल ?

हा हृदय विकाराचा झटका असेल काय?...हृदय विकाराचा झटका (हार्ट ॲटॅक) कसा ओळखावा ?

उत्तर – हृदयविकाराचा झटका (हार्ट अटॅक) येतो म्हणजे नक्की काय होते ?

● हृदय हे सर्व शरीराला रक्त पुरवत असले तरी त्याला रक्तवाहिनी मार्फत वेगळा रक्त पुरवठा होणे आवश्यक असते. हृदयाला रक्त पुरवठा करणाऱ्या रक्तवाहिनी ला 'कोरोनरी आर्टरी' (coronati arteri) असे नाव आहे. या रक्तवाहिनीत रक्ताची– Cholesterol ची गुठळी निर्माण झाली तर हृदयाच्या स्नायूना रक्त कमी प्रमाणात मिळायला लागते. ज्याला आपण blockage असे म्हणतो. काही कारणाने blockage जास्त वाढले आणि रक्तवाहिनी पूर्ण बंद झाली तर हृदयाच्या त्या भागाचा रक्तपुरवठा पूर्णपणे थांबतो आणि हृदयाचे स्नायू मृत (necrosis) पावायला लागतात... रक्तामार्फत हृदयाच्या मांसपेशींना मिळणारा oxygen बंद होतो आणि हृदयाची त्यामुळे जी तडफड होते तिला हार्ट अटॅक असे म्हणतात.

हार्ट अटॅक ची लक्षणे – छातीत डाव्या बाजूला किंवा मध्यभागी तीव्र स्वरूपाच्या वेदना होणे, डावा खांदा – डावा हात जड पडणे /दुखणे. दरदरून घाम फुटणे, श्वास घेण्यास त्रास होणे/थोडे चालल्यावर दम लागणे. पाठीत डाव्या बाजूला खांद्याखाली आखडल्यासारखे दुखणे – अस्वस्थ वाटणे, जबड्याला मुंग्या येणे इत्यादी लक्षणे दिसतात.

ही सर्व लक्षणे एकाच वेळी दिसतील असे नाही. यातील एखादे लक्षण जे आपल्याला रोज अनुभवायला येत नाही उदा. जर रोज आपल्याला फिरायला जाताना दम लागत नाही पण आज लागतोय, अस्वस्थ वाटतंय – डॉक्टर्स चा सल्ला घ्या.

ज्यांना डायबेटीस आहे त्यांना painless अटॅक येऊ शकतो जो जास्ती घातक असतो, या लोकांना कधी कधी छातीत दुखतच नाही फक्त छाती भरून येते/दम लागायला लागतो... या लोकांनी त्वरित डॉक्टर्स चा सल्ला घेणे, ECG काढणे निदानाच्या दृष्टीने आवश्यक असते.

हार्ट अटॅक येतोय याची शंक आल्यास patient शुद्धीत असताना त्याचा हॉस्पिटल मध्ये जाईपर्यंत मृत्यू होऊ नये म्हणून काय प्रथमोपचार करावेत ?

१) बरेचदा छातीत दुखायला लागल्यावर – हार्ट अटॅक नसताना सुद्धा तो आहे या भीती पोटी अटॅक येऊन मृत्यू होतो त्यामुळे त्या व्यक्तीला धीर द्या (reassurance) **२) खिडक्या उघडा –** मोकळी हवा आत येऊ द्या / कपडे सैल करा.

३) कार्डियाक ॲम्ब्युलन्स ला फोन करा (उदा. १०८ कार्डियाक ॲम्ब्युलन्स) **४) अतिशय महत्वाचा प्रथमोपचार** जो शुद्धीत असलेल्या माणसाचा हार्ट अटॅक पासून जीव वाचवतो तो म्हणजे–डिस्प्रिन ची (Asprin) गोळा–३२५ mg ची १ कप भर पाण्यात विरघळून त्या व्यक्तीला ते पाणी पिण्यास देणे किंवा ती गोळा चावून चावून चुरा करून मग गिळणे (यामुळे action लवकर होते). या गोळी मुळे हृदयाच्या रक्तवाहिनी झालेली गुठळी ज्यामुळे ज्यामुळे हार्ट अटॅक आलाय ती विरघळते आणि त्या व्यक्तीचा जीव वाचण्याची शक्यता निर्माण होते. बरेच लोक Ecosprin ची ७५ mg ची गोळी रोज खातात त्यात पण तेच औषध असते पण ती पाण्यात विरघळत नाही त्यामुळे तिची action हळू होते म्हणून डिस्प्रिन ची ३२५ mg ची गोळी हार्ट अटॅक पासून स्वतःचा जीव वाचवण्यासाठी कायम आपल्या पाकिटात / पर्स मध्ये ठेवावी–(भले बायकोचा / नवऱ्याचा फोटो नाही ठेवला तरी चालेल पण हि गोळी मात्र ठेवा) चुकून अटॅक ची शक्यता वाटली म्हणून गोळी खाल्ली पण नंतर अटॅक न्हवता हे निष्पन्न झाले तरी काहीही तोटा होत नाही.. **५) सॉर्बिट्रेट ची गोळी जिभेखाली ठेवणे –** यामुळे गुठळी फुटत नाही पण रक्तवाहिनी प्रसरण पावते (dilate होते) आणि हृदयाचा रक्तपुरवठा वाढतो आणि जीव वाचतो... पण हि गोळी जिभेखाली ठेवण्या आधी patient चे BP बघणे जरुरीचे असते ते ९० च्या वर असेल तरच हि गोळी देता येते–म्हणून शक्यतो आम्ही हि गोळी प्रथमोपचार साठी सांगत नाहीं ... हॉस्पिटल मध्ये गेल्यावर देता येऊ शकते. **६) लवकरात लवकर** या patient ला हॉस्पिटल मध्ये दाखल करावे कारण ३ ते ६ तासात त्याला दाखल केल्यास काही रक्त पातळ करण्याची injection देउन heart attack चा धोका पुर्ण टाळता येतो.

आयुर्वेद रसशाळेचा ८५ वा वर्धापन दिन कार्यक्रम

डॉ. सुहास कुलकर्णी
महाव्यवस्थापक आयुर्वेद रसशाळा, पुणे.

राष्ट्रीय शिक्षण मंडळ संचलित आयुर्वेद रसशाळा ह्या संस्थेच्या ८५ व्या वर्धापनदिनानिमित्त ''विशेष समारंभाचे'' आयोजन आयुर्वेद रसशाळा सभागृहात करण्यात आले होते.

समारंभाचे अध्यक्षस्थान डॉ. दिलीप पुराणिक ह्यांनी भूषविले. व्यासपीठावर आयुर्वेद रसशाळा अध्यक्ष डॉ. रमेश गांगल व आयुर्वेद रसशाळा फाऊंडेशनच्या संचालक मंडळाचे चेअरमन डॉ. विजय डोईफोडे हे आसनस्थ होते.

आयुर्वेद रसशाळेचे महाव्यवस्थापक डॉ. सुहास कुलकर्णी ह्यांनी उपस्थितांचे प्रेमभराने हार्दीक स्वागत केले. व्यासपीठावरील मान्यवरांच्या हस्ते श्री धन्वंतरींचे पूजन करण्यात आले तसेच धन्वंतरी स्तवनाचे चरण आळविण्यात आले. डॉ. रमेश गांगल ह्यांच्या हस्ते मान्यवरांचे स्वागत व सत्कार करण्यात आला.

डॉ. गांगल ह्यांनी आयुर्वेद रसशाळेच्या सन १९३५ साली झालेल्या स्थापनेपासूनच्या प्रगतीचा आढावा घेतला व आजमितीस जगप्रसिद्ध नामांकित आयुर्वेद औषधी निर्माण संस्था म्हणून मान्यता मिळण्यामध्ये ज्यांनी योगदान दिले त्यांचा आदरपूर्वक शद्वात गौरव केला. आयुर्वेद रसशाळा फाऊंडेशनच्या डॉ. डोईफोडे ह्यांनीही रसशाळेच्या वाटचालीचा गौरवपूर्ण शद्वात उल्लेख केला व कोरोनाच्या महामारीच्या संकटातही आयुर्वेद रसशाळा फाऊंडेशनने दर्जेदार औषधांची निर्मिती विनाव्यत्यय चालू ठेवल्याचे आवर्जून नमूद केले.

डॉ. पुराणिक ह्यांनी मनोगत व्यक्त करतांना आयुर्वेद रसशाळेवर आलेल्या अनेक संकटांचा उल्लेख केला व त्यावर मात करून आत्तापर्यंत केलेल्या प्रगतीचा गौरवपूर्ण शद्वात उल्लेख केला. सध्याच्या महामारी संकटाचाही मुकाबला समर्थपणे रसशाळा करेल ह्याबद्दल विश्वास प्रगट केला. सर्वांना वर्धापन दिनानिमित्त शुभेच्छा दिल्या.

आयुर्वेद रसशाळेच्या कामकाजाच्या दिवसांमधे सर्वाधिक उपस्थिती असणाऱ्या श्री. आशिष खांबे, श्री. प्रदीप आल्हाट, श्रीमती कमल वाघमारे, सौ. अनिता साबळे या कामगारांचा तसेच कुपीपूरण विभागातील सिनिअर असिस्टंट मॅनेजर श्री. निलेश कुलकर्णी या कर्मचाऱ्यांचा सत्कार आयुर्वेद रसशाळा फाऊंडेशनचे चेअरमन डॉ. वि. वि. डोईफोडे यांचे हस्ते करण्यात आला.

आयुर्वेद रसशाळेच्या मार्केटिंग विभागामधे काम करणारे रीजनल सेल्स मॅनेजर श्री. हेमंत सावंत व सेल्स ऑफिसर श्री. पराग भट यांचा गुणवंत फील्ड स्टाफ पुरस्कार देऊन आयुर्वेद रसशाळेचे अध्यक्ष डॉ. र. ना. गांगल यांचे हस्ते सत्कार करण्यात आला.

आयुर्वेद रसशाळेच्या कामगार व कर्मचाऱ्यांपैकी श्री. दिनेश दिघे, श्री. हिरू वणगे, सौ. अलका मोहोळ, सौ. सुनिता लातूरकर या कामगारांचा गुणवंत कामगार म्हणून व क्वालिटी कंट्रोल विभागातील डेप्युटी मॅनेजर, सौ. स्नेहलता भोसले यांचा गुणवंत कर्मचारी म्हणून, राष्ट्रीय शिक्षण मंडळाचे अध्यक्ष डॉ. दि. प्र. पुराणिक यांचे हस्ते सत्कार करण्यात आला.

आयुर्वेद रसशाळेच्या सर्व विभागांमधे सर्वात उत्तम विभाग म्हणून निर्माण विभागाची निवड करण्यात आली. या विभागास डॉ. दि. प्र. पुराणिक यांचे हस्ते पुरस्काराने गौरवण्यात आले. पुरस्काराचा स्विकार डॉ. ओंकार उरणे, डेप्युटी जनरल मॅनेजर, यांनी केला.

वैद्यराज प्रमोद कुलकर्णी ह्यांनी हार्दिक आभार मानले.

समारंभास रा.शि.मंडळाच्या नियामक मंडळाचे सचिव डॉ. राजेंद्र हुपरीकर, डॉ. सातपुते, डॉ. भा. ग. धडफळे, डॉ. सु. ना. परचुरे, अॅड. श्रीकांत पाटील, तसेच श्री. न. पां. भट, डॉ. संगोराम, डॉ. उरणे व पारितोषिक प्राप्त गुणवंत कर्मचारी उपस्थित होते.

वर्धापन दिनानिमित्त सर्व कामगारांना मिठाईचे वाटप करण्यात आले.

वर्धापनदिन समारंभात उपस्थितांचे प्रबोधन करताना. व्यासपीठावर डावीकडून - डॉ. र. ना. गांगल, डॉ. दि. प्र. पुराणिक, डॉ. वि. वि. डोईफोडे. उजवीकडे उपस्थित मान्यवर.

पारितोषिक विजेते कर्मचारी. डावीकडून - श्रीमती वाघमारे, श्रीमती मोहोळ, सौ. भोसले, सौ. साबळे, सौ. लातूरकर, श्री. निलेश कुलकर्णी, श्री. प्रदिप आल्हाट, श्री. दिनेश दिघे, श्री. आशिष खांबे, श्री. पराग भट.

मु. पो. काशीग येथे ''आयुष क्वाथाचे'' वाटप करताना श्री. नामदेव टेमघरे (अगदी उजवीकडे) समवेत कार्यकर्ते व ग्रामस्थ

आयुर्वेद रसशाळेच्या ''आयुष क्वाथाचे'' ग्रामिण भागात वाटप

कोरोना विषाणूमुळे होणाऱ्या " Covid - 19 " व्याधीचा फैलाव शहरांबरोबरच ग्रामिण भागातही वेगाने होत असल्याचे लक्षात घेवून ग्रामस्थांची रोग प्रतिकार शक्ती वाढविण्याच्या उद्देशाने हवेली तालुक्यातील काशीग, हाडशी, वाळेन, साठेसाई, चिखलगाव ह्या गांवात आयुर्वेद रसशाळेच्या ''आयुष क्वाथाचे'' वाटप करण्यात आले. काशिग येथील श्री. नामदेव टेमघरे, ॲड धनंजय टेमघरे ह्यांच्या पुढाकाराने व टिळक आयुर्वेद महाविद्यालयाच्या राष्ट्रीय सेवा योजना ह्यांच्या संयुक्त विद्यमाने हा उपक्रम राबविण्यात आला. ह्या पुढेही सदर उपक्रम राबविण्यात येणार आहे.

टिळक आयुर्वेद महाविद्यालयात लोकमान्य टिळक पुण्यतिथी निमित्त कार्यक्रम

प्राचार्य डॉ. देशपांडे लोकमान्य टिळकांच्या प्रतिमेस सामाजिक अंतर राखून अभिवादन करताना. पार्श्वभूमीवर नामवंत अध्यापक व कर्मचारी.

दि. १ ऑगस्ट २०२० रोजी पूज्य लोकमान्य टिळक ह्यांच्या पुण्यतिथी निमित्त ''श्रद्धांजली'' चा कार्यक्रम आयोजित करण्यात आला. टिळक आयुर्वेद महाविद्यालयाचे प्राचार्य डॉ. स.वि. देशपांडे ह्यांच्या हस्ते पूज्य लोकमान्य टिळक ह्यांच्या प्रतिमेला पुष्पहार अर्पण करून पूजन करण्यात आले व श्रद्धांजली वाहण्यात आली.

प्राचार्य डॉ. देशपांडे ह्यांनी लोकमान्य टिळक ह्यांनी राष्ट्रासाठी दिलेल्या अपूर्व योगदानाचे महत्व सांगितले. तसेच लोकमान्यांनी दिलेल्या ''स्वराज्य व सुराज्य'' ह्या मंत्राचा सर्वांनी आपल्या आयुष्यात अंगिकार करावा असे प्रतिपादन केले.

कार्यक्रमास नामवंत अध्यापक, अध्यापकेतर कर्मचारी व विद्यार्थी हे शासकीय आदेशामुळेच मोजक्या संख्येने उपस्थित होते.

श्री. धन्वंतरीचे पूजन करताना मा. डॉ. गांगल (पाठमोरे) व इतर मान्यवर.

शेठ ताराचंद रामनाथ रुग्णालयाचा वर्धापन दिन संपन्न

सोमवार दि. १० ऑगस्ट २०२० रोजी शेठ ताराचंद रामनाथ रुग्णालयाचा वर्धापन दिन छोटेखानी कार्यक्रमाने संपन्न झाला. रुग्णालयाच्या विश्वस्त मंडळाचे सदस्य व माजी अधिक्षक डॉ. रमेश नारायण गांगल ह्यांच्या करकमलाद्वारे श्री धन्वंतरीचे पूजन व स्तवन करण्यात आले. कोरोना विषाणूच्या साथीमुळे शासनाने घातलेल्या सभा व कार्यक्रमांवरील निर्बंधांमुळे दरवर्षी प्रमाणे मोठ्या समारंभाचे आयोजन शक्य नसल्याने औपचारीक समारंभाचे आयोजन करण्यात आले. रुग्णालय अधिक्षक डॉ. सदानंद देशपांडे, उपअधिक्षक डॉ. कल्याणी भट, शल्य विभाग प्रमुख डॉ. नदकिशोर बोरसे, शालाक्यतंत्र विभाग प्रमुख डॉ. संगिता साळवी इत्यादी नामवंत तसेच रुग्णालयातील सेवाकर्मी आवर्जून उपस्थित होते.

कार्यकारी संपादकीय

उम्मीद पे दुनिया कायम है।

– डॉ. अपूर्वा संगोराम

बदलत्या परिस्थितीशी जुळवून घेत करोनाच्या अनपेक्षित धक्क्यातून स्वतःला सावरत जनजीवन सुरू झाले आहे. सर्वात जास्त चर्चा आता येणाऱ्या लसीबाबत आहे. लस येईपर्यंत आयुष्य विशिष्ट पद्धतीने जगायचं आहे आणि नंतर सगळं काही पूर्ववत होणार आहे, अशी स्वप्ने सगळेचजण रंगवायला लागले आहेत.

पण एकूणच या सगळ्या बदलत्या परिस्थितीचा आढावा घेतला तर असं लक्षात येतं की 'परिवर्तनशीलता' हा मनुष्याच्या अंगचा स्थायीभाव आहे. म्हणजे पाहा ना 'न भूतो न भविष्यती' असे एखादे संकट एका छोट्याश्या विषाणुमुळे पसरते काय आणि त्यामुळे नुसतेच गाव, राज्य, देशच नव्हे, तर सारे जग बंद पडायची वेळ येते काय?

या सगळ्या संकटावर मात करायची तर शून्यातून विश्व उभे करण्यासारखी स्थिती. त्यावर काय उपाययोजना करायच्या, कोणती औषधे वापरायची याबद्दल कोणतीच माहिती नाही. त्यामुळे मुखपट्टी, सॅनिटायझर, हँडवॉश यासारख्या अनेक गोष्टींबाबत नव्याने जागरूकता निर्माण झाली. परिवर्तनाच्या पहिल्या पायरीची सुरुवात इथूनच झाली. आत्तापर्यंत मुक्त संचार करणारा मानव बाहेर पडताना मुखपट्टी, हातमोजे घालूनच बाहेर पडू लागला. बाहेरुन आल्यानंतर हात धुणे यासारख्या प्रथा आवर्जून अंमलात आणू लागला. पण मनुष्यप्राण्याचा मूळ स्वभाव निष्क्रिय राहण्याचा नाही. टाळेबंदीच्या सुरुवातीच्या काळात काही न करता सर्वजण शांतपणे बसून होते. पण हळूहळू प्रत्येक क्षेत्रात या परिस्थितीतून मार्ग कसा काढायचा याचा विचार सुरु झाला.

शैक्षणिक क्षेत्राचाच विचार केला, तर शाळा, महाविद्यालये, विद्यापीठे किती काळ बंद ठेवणार? सर्वात महत्त्वाचा भाग असा की, विद्यार्थ्यांना तर बोलावता येणार नाही, त्यांचे शैक्षणिक नुकसानही होता कामा नये, याचा समन्वय कसा साधायचा? पण यावर आपल्या धुरिणांनी तोडगा शोधायला सुरुवात केली आणि आपल्या देशात इतक्या मोठ्या प्रमाणात पहिल्यांदाच ऑनलाईन शिक्षणाचे वारे सुरु झाले.

आता लहान लहान मुलांच्या हातात मोबाईल दिसायला लागले. इंटरनेट, वायफाय, डेटापॅक यासारखे शब्द सर्वसामान्यांच्या तोंडी सहजपणे खेळू लागले. छोट्या मोबाईल किंवा लॅपटॉपच्या साह्याने ज्ञानार्जन करण्याच्या पद्धतीची सवय विद्यार्थ्यांना लागली. जसे विद्यार्थ्यांच्या दृष्टीने ऑनलाईन अध्ययन ही नवीनच गोष्ट होती तसेच अध्यापकांच्या दृष्टीनेही ऑनलाईन अध्यापन ही नवीनच गोष्ट होती. गुगल क्लासरुम, झूम, गो टू मीट अशा अत्याधुनिक संगणकीय तंत्रज्ञानाशी जुळवून घेत अध्यापन सुरुही झाले. एकाचवेळी विद्यार्थ्यांशी संवाद, त्यांना विषय समजण्यासाठी वेगवेगळ्या प्रकारची प्रेझेंटेशन्स, विद्यार्थ्यांची ऑनलाईन हजेरी, त्यांची ऑनलाईन परीक्षा, त्यांची तपासणी अशी अनेक कौशल्ये अध्यापकांनाही आत्मसात करावी लागली.

या पद्धतीने शाळा, महाविद्यालये आणि विद्यापीठे या शिक्षण संस्थांमधील शिक्षण सुरु झाले. या सर्वच ठिकाणी सातत्याने होणारी चर्चासत्रे, अभ्यास शिबिरे यांची जागा आता 'वेबिनार'ने घेतली. एका कळीवर ठिकठिकाणच्या हजारो विद्यार्थ्यांशी सहज संवाद साधता येणाऱ्या या तंत्रज्ञानामुळे अनेकांसाठी नवी सुविधा निर्माण झाली. थोडक्यात बदल हा चांगलाच असतो. आपण तो सकारात्मक भावनेतून स्वीकारला तर त्यातून अनेक नव्या संधी निर्माण होऊ शकतात, हेही यामुळे कळून आले.

केवळ शैक्षणिक क्षेत्रातच नव्हे, तर अन्य अनेक क्षेत्रांत हे बदल दिसायला लागले आहेत. माहिती तंत्रज्ञानाच्या अनेक उद्योगांनी त्यांच्या कर्मचाऱ्यांना पुढील काही महिने घरातूनच काम करण्याच्या सूचना दिल्या आहेत. ऑफीसला जाण्याची धावपळ त्यामुळे वाचली, ताण कमी झाला. परिणामी रस्त्यांवरची वर्दळ कमी झाली आणि प्रदूषणाची पातळीही खालावली. हवाही स्वच्छ झाली. दैनंदिन व्यवहारातही सगळ्या व्यवहारात अंतर पाळण्याची पद्धत रुळली. अगदी कोणत्याही दुकानासमोर असे आखून दिलेले चौकोन आपण पाहतो आणि त्या नियमांचे पालनही करतो. बँकांमध्ये ग्राहक आणि कर्मचारी यामध्ये प्लॅस्टिकचे पडदे लावून अंतर निर्माण केले जात आहे तर सार्वजिनक वाहतूक करणाऱ्या रीक्षांमध्येही याचे अनुकरण झालेले दिसते.

मनुष्य हा उत्सवप्रिय प्राणी आहे. नुकताच श्रावण महिना सुरू झाला आहे. एरवी जन्माष्टमी, गणेशोत्सव यासारखे उत्सव धूमधडाक्यात साजरे करणाऱ्या 'माणसांनी' यावेळी स्वतःला आवर घातला आहे. गणेशोत्सव हा 'आरोग्य उत्सव' म्हणून साजरा करायचे अनेक मंडळांनी जाहीरही केले आहे. अनेक मंडळांनी पुढाकार घेऊन करोनाकाळात मदतीचे हात पुढे केले आहेत.

थोडक्यात या संकटामुळे अनेक चांगल्या गोष्टींचीही जाणीव झाली. जगण्यातली सकारात्मकता वाढली. याचा अर्थ असा नव्हे, की काहीच नुकसान झाले नाही. अनेक उद्योग आजही अडचणीतच आहेत. दुकाने सुरु झाली, पण तेथे खरेदीसाठी जाण्यास कुणी तयार नाही.

अनेकांना त्यामुळे नोकऱ्याही गमवाव्या लागल्या आहेत. पण तरीही प्रत्येकजण आपापल्या परीने त्यातून मार्ग काढायचा प्रयत्न करतोच आहे. या स्थितीतून आपण हळूहळू आत्मनिर्भरतेकडे वाटचाल करायला सुरुवात केली आहे. भारतात करोनावरील तीन लसींवर काम सुरु असून ते प्रगतीपथावर असल्याचे पंतप्रधानांनी स्वातंत्र्यदिनी जाहीर केलेच आहे. येत्या काही काळात त्याचा सर्वसामान्यांना दिलासा मिळेल आणि स्थिती पूर्ववत होईल, हे खरे. परंतु तोपर्यंत आपण नियमांचे पालन करत आपली मानसिक आणि शारीरिक क्षमता अधिकाधिक दृढ करणे आवश्यक आहे. ही जिगिषा जोपर्यंत आपल्या सर्वांमध्ये आहे, तोपर्यंत घाबरायचे कारण नाही कारण... उम्मीद पे दुनिया कायम है...

उपसंपादकीय

शैक्षणिक क्रांती डॉट कॉम!

– डॉ. सौ. विनया दीक्षित

"परिवर्तन हीच सर्वात मोठी निरंतर गोष्ट आहे." असे पूर्वीच अनेक बुद्धीवादी तज्ज्ञांनी जगाला सांगितले आहे. परंतु सतत फक्त अभ्यासक्रम व परीक्षांतील प्रश्नपत्रांचा साचा बदलणारी भारतीय शैक्षणिक पद्धती सध्या मात्र अक्षरश: कात टाकून नव्याने सळसळत आहे; शिक्षण डॉट कॉम! स्वरुपात!

इयत्ता पहिली ते बारावीचे शालेय व उच्चमाध्यमिक शिक्षण असो किंवा पदवी पर्यंतचे कुठल्याही शाखेचे अगदी वैद्यकीय, अभियांत्रिकी सारख्या व्यावसायिक शिक्षणाचे असो; सध्याच्या काळाची गरज म्हणून सर्वच अध्ययन–अध्यापन अतिशय शिताफीने डीजीटल माध्यमांचा प्रभावी वापर करुन होत आहे.

माध्यमिक शाळेपर्यंतचा लहान वयोगट, उच्चमाध्यमिक व पदवी शिक्षणाचा मोठा वयोगट असा साधारणपणे विद्यार्थी किंवा शिक्षणार्थी लक्षात घेतला तर या ऑनलाईन शिक्षणाचा स्विकार, त्याद्वारे अध्ययन–ज्ञानार्जन व त्यामुळे होणारे शारिरिक–मानसिक तात्काल व दूरगामी परिणाम असे सगळेच विषय अतिशय महत्वाचे वाटतात.

वैद्यकीय शिक्षण हे प्रौढांसाठी असले तरी वैद्यांकडे उपचारासाठी या माध्यमांनी प्रभावित लहान विद्यार्थी येऊ लागले आहेत. त्यामुळे चिकित्सक दृष्टीने यापद्धतीने मानसिक व शारीरिक दोन्ही प्रभाव समजून घ्यावे लागतील. सतत बसून राहणे, नजर डीजीटल पडद्याकडे स्थिर ठेवल्याने होणारे डोळ्यांचे – मानेचे विकार, कानाला ऐकण्यासाठी श्रवणतारा किंवा शीर्षभाष श्रवणयंत्रे जोडल्याने होणारे कान व मेंदूवरचे तत्कालिक व निरंतर परिणाम व या ध्वनी लहरींमुळे किंवा एकूणच सततच्या अती जवळच्या दृक्‌श्राव्यतेने होणारे मेंदूतील स्रावांमधील बदल हे स्पष्टपणे समोर येत आहेत. यापुढे बसण्याच्या पद्धतीने होणारे शारीरीक आळसाचे परिणाम भयावह वाटतात. अर्थात त्याकडे दुर्लक्ष करुन चालणार नाहीत. मनातील निराशा, राग व अस्थिरता यामुळे वाढली आहे असेही निदर्शनास येत आहे.

विद्यार्थ्यांचे शैक्षणिक ज्ञानार्जनाबरोबरच सहयोगी मित्रांबरोबरचे संवाद, एका वर्गातील मानसिकतेतून सरावाने कृतीतून व निरीक्षणाने अनेक गोष्टींचे प्रशिक्षण घेणे हेही अपेक्षित असते. किंबहुना अनेकदा अभ्यासक्रमातील पुस्तकांच्या प्रश्नोत्तरांपेक्षा या सहवास शिक्षणानेच शालेय जीवन किंवा महाविद्यालयीन जगणे समृद्ध होते. तसेच अध्यापकांच्या पाठ्यक्रमातील धडे शिकवताना सांगितलेल्या गोष्टी, प्रसंग, अनुभव यामुळे त्याच विषयांचा व्यावहारिक जगातील संदर्भही शिकायला मिळतो. अध्यापकांनाही समोर कुतुहलपूर्ण विद्यार्थीगण पाहून शिकवण्यासाठी प्रेरणा मिळत असते. ही मानवी ऊर्जाच या ऑनलाईन माध्यमात हरवली आहे. निरस कविता किंवा तगडी स्टारकास्ट असलेला सपक कथाविष्काराचा सिनेमा हे जसे निराश करतात तसेच अनेक आकर्षणात मनामनांचा दुवा सांधणारा धागा हरवलेली ही ऑनलाईन पद्धत अध्यापनास घातक ठरु नये इतकेच.

वैद्यकीय शिक्षण किंवा पदवीचे शिक्षण विचारात घेतले तर अध्यापकांची काही निरीक्षणे नक्कीच नोंद घेण्यासारखी आहेत. महाविद्यालयीन जीवनाचा अविभाज्य भाग म्हणून सतत भटकणारी ही पिढी या ऑनलाईन शिक्षणासाठी अपरिहार्यपणे एक तास पूर्ण लक्षपूर्वक समोर बसू लागली आहे. प्रत्यक्ष वर्गापेक्षा डिजीटल माध्यमातून उपस्थित राहून शिक्षण प्रक्रीयेत सक्रीय सहभाग घेणाऱ्यांची संख्याही वाढली आहे. उभे राहून बोलण्यास मागे राहणारी ही मुले या माध्यमात चॅटबॉक्समध्ये पटापट शंका उपस्थित करतात व प्रतिक्रियाही देतात. यामुळे ज्ञानार्जनापासून लांब पळणारा काही विद्यार्थ्यांचा गट आता समरस होऊन शिकत आहे. ही मोठीच प्राप्ती यामध्ये आहे.

अपरिहार्यता म्हणून स्विकारलेल्या या शिक्षणपद्धतीत अध्यापकांचेही कौशल्य पणाला लागले आहे. त्याचबरोबर पालकांना घरी बसून शिकणाऱ्या पाल्यांना पाहून खरोखरच शिक्षणाची सध्याची स्थिती काय आहे, महाविद्यालये किंवा शाळा विद्यार्थ्यांवर किती मेहनत घेतात याचे सांगोपांग सुस्पष्ट चित्र समोर दिसत आहे. याचा फायदा विद्यार्थ्यांना आवश्यक पाठबळ घरातून मिळण्यासाठी नक्कीच होईल. पुढील शैक्षणिक वाटचालीत याचा मोलाचा वाटा असेल. शैक्षणिक संस्थांच्या कारभारावर येता–जाता टिप्पणी करणाऱ्या सर्वांनाच हा आँखोदेखा हाल एका अंजनाचेच काम करीत आहे. यापुढे सर्वच समाजाचा शैक्षणिक प्रक्रियेकडे बघण्याचा दृष्टीकोन यामुळे अमूलाग्रपणे बदलू शकतो हे निश्चित.

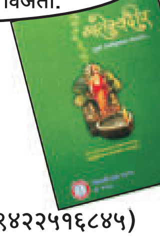
या नव्या शैक्षणिक क्रांतीत सहभागी होताना चांगले ते वाढवावे व त्रासदायक गोष्टी टाळाव्यात किंवा त्यांचा प्रभाव कसा कमी करता येईल हे पाहून पुढे प्रगती साधावी हेच खरे!

रोटरी पुरस्काराने सन्मानित
आरोग्यदीप
२०१७ व २०१८

आवाहन!!

आरोग्यदीप २०१९
छंदश्री आंतरराष्ट्रीय दिवाळी अंक स्पर्धा
द्वितीय पारितोषिक विजेता.

✻ आरोग्यदीप २०२० ✻



प्रकाशित होत आहे.
आपले आरोग्यासंबंधीचे स्वास्थ्य रक्षक लेख, जाहिराती,
आरोग्य कोडी, पाककृती त्वरीत संपादक मंडळाकडे पाठवा.
लेख पाठविण्याची शेवटची तारीख २५ सप्टेंबर २०२०.

अधिक माहितीसाठी संपर्क – प्रा. डॉ. अपूर्वा संगोराम (९८२२०९०३०५), प्रा. डॉ. विनया दीक्षित (९४२२५१६८४५)