

تأثیر یک دوره تمرین ترکیبی بر میزان آدیپسین و مقاومت به انسولین در زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس

نویسندگان:

فرزانه کاوه^۱، محمد فرامرزی^{۲*}، علی شفیق زاده^۳، زهرا رئیسی^۴، زهرا همتی فارسانی^۵

۱- کارشناسی ارشد فیزیولوژی ورزشی، گروه علوم ورزشی، دانشگاه شهرکرد، شهرکرد، ایران

۲- استاد فیزیولوژی ورزشی، گروه فیزیولوژی ورزشی، دانشکده علوم ورزشی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۳- استادیار رفتار حرکتی، گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه شهرکرد، شهرکرد، ایران

۴- کارشناسی ارشد فیزیولوژی ورزشی، گروه علوم ورزشی، دانشگاه شهرکرد، شهرکرد، ایران

۵- استادیار فیزیولوژی ورزشی، گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه اردکان، یزد، ایران

Pars Journal of Medical Sciences, Vol.19, No.1, Spring 2021

چکیده:

مقدمه: آدیپسین یکی از پروتئین‌های مهم بافت چربی است که نقش مفیدی در حفظ عملکرد سلول‌های بتا دارد. هدف پژوهش حاضر تعیین اثر یک دوره تمرین ترکیبی بر مقادیر استراحتی آدیپسین و مقاومت به انسولین در زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس (MS) با درجات مختلف ناتوانی جسمانی بود.

روش کار: در این مطالعه نیمه تجربی، ۹۶ بیمار زن مبتلا به MS بر اساس درجه ناتوانی انتخاب و به سه گروه ناتوانی خفیف (۴۴ نفر)، ناتوانی متوسط (۲۶ نفر) و ناتوانی شدید (۲۶ نفر) تقسیم شدند. برنامه تمرین شامل ۱۲ هفته تمرین ترکیبی، سه جلسه در هفته به مدت ۴۵ تا ۶۰ دقیقه بود. ۲۴ ساعت قبل و ۴۸ ساعت بعد از دوره تمرین مقادیر استراحتی آدیپسین و مقاومت به انسولین اندازه‌گیری و مقایسه شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد اجرای ۱۲ هفته تمرین ورزشی ترکیبی به کاهش میزان سرمی آدیپسین پلاسمای گروه با درجه ناتوانی خفیف منجر می‌شود ($p=0/002$) با این وجود، در گروه‌ها با درجه ناتوانی متوسط و شدید کاهش معناداری مشاهده نشد. همچنین، ۱۲ هفته تمرین ورزشی ترکیبی باعث کاهش معنادار مقاومت به انسولین در گروه‌ها با درجه ناتوانی خفیف و شدید شد، اما در گروه با درجه ناتوانی متوسط کاهش معناداری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: به طور کلی، به نظر می‌رسد ۱۲ هفته تمرین ورزشی ترکیبی می‌تواند از طریق کاهش توده چربی بدن، کاهش وزن و بهبود در کاهش آدیپسین پلازما و مقاومت به انسولین در زنان مبتلا به MS موثر باشد.

واژگان کلیدی: زنان، تمرینات ترکیبی، آدیپسین، مقاومت به انسولین، مولتیپل اسکروزیس

Pars J Med Sci 2021;19(1):54-62

مقدمه:

(رشته‌های عصبی) نیز آسیب می‌بینند. بیشترین میزان ابتلا به MS در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی است [۱] و میزان شیوع بیماری در زنان دو برابر مردان بوده و متأسفانه هر روز بر تعداد آن افزوده می‌شود. در بیماران مبتلا به MS به دلیل کاهش عملکرد حرکتی، افزایش بافت چربی و کاهش بافت عضلانی به طور چشمگیری

مولتیپل اسکروزیس (MS) یک اختلال خود ایمنی در سیستم عصبی مرکزی است و شیوع بالایی در ایران و جهان دارد. در سال‌های اخیر کوشش‌های زیادی برای درمان و کنترل این بیماری انجام شده است. علت این بیماری، تخریب میلین (غلاف پوششی اعصاب) است که در حالت پیشرفته بیماری، آکسون‌ها

* نویسنده مسئول، نشانی: استاد فیزیولوژی ورزشی، گروه فیزیولوژی ورزشی، دانشکده علوم ورزشی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

پست الکترونیک: m.faramarie@spr.ui.ac.ir

تلفن تماس: ۰۹۱۳۳۰۴۰۱۹۶

پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۲۳

اصلاح: ۱۴۰۰/۰۳/۰۱

دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۱۷

مشاهده می شود. افزایش بافت چربی از یک سو رابطه مستقیمی با بیماری دیابت، بیماری های قلبی - عروقی و سرطان داشته و از سوی دیگر تناسب بدنی را تحت تأثیر قرار می دهد [۲]. پژوهشگران معتقدند با توجه به این که سیستم عصبی مرکزی توسط گلوبول های سفید خود فرد مورد حمله قرار گرفته و باعث التهاب در این سیستم می شود، MS یک بیماری خود ایمنی است. MS یک بیماری واگیردار نیست و احتمال ادامه زندگی را کاهش نمی دهد، اما بر کیفیت زندگی فرد تأثیر بسیار بدی دارد. اگرچه تاکنون علت این بیماری شناخته نشده و قابل پیشگیری و درمان قطعی نیست [۳]، اما درمان های خاصی برای کاهش و به تأخیر انداختن آن وجود دارد. این بیماری دارای عوارض مختلفی همچون کاهش بینایی، فلج اسپاتیک اندام ها، نداشتن تعادل، لرزش، اختلال در کنترل اسفنگترها، ناتوانی جنسی، ناتوان شدن کلی فرد، نارسایی گفتاری، صرع و افسردگی است [۴].

پژوهش های اخیر نشان داده اند که آدیپسین به عنوان یک بیومارکر عصبی نشان دهنده ابتلا به MS عمل می کند [۵]. برای نمونه، هیتاهاوجو و همکاران در سال ۲۰۰۹ نشان دادند بین میزان آدیپسین و نمره مقیاس وضعیت گسترش ناتوانی (Expanded Disability Status Scale, EDSS) بیماران مبتلا به MS رابطه مستقیمی وجود دارد و آن ها تفاوت معناداری در میزان آدیپونکتین و آدیپسین در نمونه های مغزی نخاعی افراد مبتلا نسبت به همتایان دوقلوهای سالم مشاهده کردند. بنابراین، آدیپسین را به عنوان بیومارکر مشخص کننده بیماری MS اعلام کردند [۶]. آدیپسین، آدیپوکاین جدیدی است که به مقدار زیاد از سلول های بتای بافت سفید چربی ترشح می شود. آدیپسین با ایجاد مقاومت به انسولین، دیابت و چاقی را به هم مرتبط کرده و همچنین عوارض قلبی و عروقی را نیز به دنبال خواهد داشت [۷]. این ماده در بین پروتئین های ترشح شده از بافت چربی معادلی برای عامل مکمل D است [۸]. آدیپسین عضوی از خانواده کیموترپسین های سرین پروتئاز است که از آدیپوسیت ها به جریان خون ترشح شده [۹] و در فرایندهای بیولوژیک متنوعی از جمله لخته شدن خون، فعال شدن مکمل ها، باروری، سیستم ایمنی، توسعه و ترمیم بافت ها، فشار خون، وزن بدن، جذب مواد غذایی، تکثیر سلولی، فرم دهی به استخوان ها و آپوپتوزیس دخیل است [۱۰].

انجام تمرینات ورزشی به عنوان یک مسیر درمانی موثر در کاهش بیماری قلبی - عروقی و متابولیکی در افراد مبتلا به MS مطرح شده است. تمرینات ترکیبی از جمله تمرینات پیلاتس، تمرینات مقاومتی، تمرینات هوازی و... در سال های اخیر مورد توجه قرار گرفته اند و به دلیل تنوع و راحتی انجام آن ها با توجه به درجه ناتوانی بیماران مبتلا به MS بسیار مورد توجه قرار گرفته است. در برخی مطالعات تأثیر فعالیت ورزشی بر بیان آدیپسین و غلظت

پلاسمایی آن بررسی شده است. برای نمونه، گزارش شده است آدیپسین پلازما در پاسخ به تمرینات ورزشی تحت تأثیر قرار نگرفته [۱۱] و یا کاهش می یابد [۱۲]، ولی هنوز به طور قطعی مشخص نیست که آیا تغییرات ناشی از فعالیت بدنی در بافت چربی می تواند باعث کاهش و تغییر آدیپسین شود یا خیر. با توجه به این که در چندین مطالعه گزارش شده است که چاقی و اضافه وزن در بیماران MS افزایش یافته است و همچنین، به تازگی همبستگی مثبتی بین شاخص توده بدنی و EDSS گزارش شده است [۱۳]، بنابراین انجام پژوهش روی عوامل مرتبط با چاقی و اضافه وزن در افراد مبتلا به MS ضروری به نظر می رسد. با توجه به وجود ارتباط مثبت بین میزان آدیپسین و نمره EDSS در افراد مبتلا به MS، برخی از پژوهشگران آن را به عنوان بیومارکر در بیماری MS معرفی کرده اند [۵]. لزوم بررسی کاهش وزن و ارتباط آن با آدیپسین، یکی از آدیپوکاین های مهم در این بیماران، از طریق فعالیت بدنی بیش از گذشته احساس می شود. برخی از پژوهش های قبلی از جمله پژوهش ناصری و همکاران که در سال ۲۰۱۴ انجام شد تأثیر تمرینات هوازی روی آدیپوکاین های انتخابی در یک برنامه ترکیبی هوازی به مدت سه ماه و سه جلسه در هفته و هر جلسه یک ساعت بررسی شد. در این پژوهش، بعد از برنامه تمرینی کاهش معناداری در آدیپوکاین های سرم از جمله آدیپسین، وزن بدن و ترکیب بدنی گروه تمرین مشاهده شد، اما در گروه کنترل همه متغیرها بدون تغییر باقی ماندند. نتیجه پژوهش آنها نشان داد تمرینات هوازی همراه با کاهش وزن می تواند باعث بهبود نیم رخ التهابی در بیماران مبتلا به آسم شود [۱۴]. در بیشتر پژوهش های موجود و به خصوص در این پژوهش از یک شیوه تمرینی استقامتی یا مقاومتی استفاده شده است و آزمودنی افراد مبتلا به MS نبودند. به تازگی پژوهشگران به این نتیجه رسیده اند که مداخلات چندگانه ورزشی در توان بخشی بیماران مبتلا به MS بسیار مهم و ضروری است. با توجه به این که افراد در شدت های مختلف بیماری، دارای اختلال های متفاوت هستند و همچنین با توجه به گستردگی، نوع و شدت عارضه نیاز است از مداخلات مختلف و چندگانه استفاده کرد. بنابراین با توجه به موارد گفته شده، هدف پژوهش حاضر مطالعه تأثیر یک دوره تمرین ترکیبی بر میزان آدیپسین پلازما و مقاومت به انسولین و گلوکز در زنان مبتلا به MS با درجات مختلف ناتوانی بود.

روش کار:

این مطالعه از نوع نیمه تجربی و طرح پژوهش از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی زنان و دختران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس با مقیاس

سه جلسه و هر جلسه یک ساعت انجام دادند. آزمودنی‌هایی که بیش از شش جلسه از ۳۶ جلسه تمرینات غیبت داشتند از برنامه پژوهش حذف شدند. همچنین، افرادی که بر اساس نظر پزشک معالج و یا تمایل شخصی به هر دلیل حاضر به ادامه شرکت در پژوهش نبودند (۱۱ نفر)، از مطالعه خارج شدند.

برای هر گروه تمرینی سه جلسه تمرین در هفته به مدت ۶۰-۴۵ دقیقه تمرین و به مدت ۱۲ هفته طراحی شد. در گروه‌های تجربی از اجزاء تمرینی زیر استفاده شد.

تمرین پیلاتس

در ابتدا، تمرین پیلاتس با انجام تنفس پیلاتس و حرکات کششی که همراه با توضیحات مربی بود شروع و ادامه جلسه با انجام تمرینات اختصاصی تعدیل شده پیلاتس به مدت نزدیک به ۱۵ دقیقه دنبال شد. تمرینات منتخب پیلاتس با توجه به عملکرد و درجه ناتوانی بیماران در آزمون‌های اولیه انتخاب و برنامه‌ریزی شدند. این تمرینات با استفاده از تشک و توپ سویس بال انجام شد (جدول ۲) [۱۸].

تمرین هوازی

آزمودنی‌ها هر جلسه به مدت ۲۰ دقیقه به انجام تمرینات ورزشی هوازی بر اساس درجه ناتوانی (استفاده از تردمیل، دوچرخه ثابت و چرخ دستی) برای بهبود ظرفیت قلبی - عروقی پرداختند. برنامه هفته اول با ۱۰ دقیقه شروع و تا هفته آخر با زمان ۴۰ دقیقه به اتمام رسید. در آزمودنی‌هایی که در استفاده از تردمیل و دوچرخه ثابت، تعادل مناسب نداشتند از دوچرخه دستی استفاده شد. برای کنترل شدت تمرین از ضربان قلب هدف استفاده شد [۱۹]. تمرینات هوازی با شدت کم حدود ۵۰ درصد حداکثر ضربان قلب آغاز شد و هر دو هفته به طور فزاینده نیم درصد بر شدت تمرین اضافه شد. در دو هفته آخر آزمودنی‌ها تا حدود ۷۰ درصد حداکثر ضربان قلب تمرین کردند. افرادی که قادر به استفاده از تردمیل نبودند توسط دستگاه حمایت کننده وزن مورد آزمون قرار گرفتند و این آزمون به صورت مشابه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شد (جدول ۲) [۲۰].

در گروه تمرینی با درجه ناتوانی شدید که قادر به استفاده مستقل از تردمیل یا دوچرخه نبودند و برنامه تمرینی تردمیل با حمایت وزن و هر جلسه ۳۰ دقیقه بود، تمرین در ابتدا با ۴۵ دقیقه تمرینات با ۵۰ درصد وزن بدن روی دستگاه نوارگردان انجام شد. در هر هفته نیز ۱۰ درصد به وزن تحمل شده و در انتهای هر جلسه تمرین، ۱۰ دقیقه به سرد کردن اختصاص داشت [۲۱].

ناتوانی جسمانی صفر تا ۱۰ دارای پرونده در انجمن بیماران MS شهرستان شهرکرد بودند. برای انجام پژوهش، ابتدا با مراجعه به انجمن همه بیماران مبتلا به MS به همکاری دعوت شدند. بین بیماران فرم دعوت به همکاری توزیع و از آنان خواسته شد داوطلبانه در این پژوهش شرکت کنند. سپس به کمک یک پرسش نامه تهیه شده سوابق پزشکی آنان مورد بررسی قرار گرفت و فرم رضایت‌نامه کتبی توسط همه آن‌ها تکمیل و امضاء شد. بر اساس طرح پژوهش معیارهایی برای ورود به پژوهش در نظر گرفته شد. مبتلایان به بیماری MS (مقیاس ناتوانی جسمانی بین صفر تا ۱۰) فاقد بیماری‌هایی همچون دیابت، بیماری‌های قلب و عروق، آرتروز، بیماری‌های روانی و استفاده از مواد مخدر یا قرص‌های روان‌گردان و همچنین افراد باردار در دو ماه اخیر و نیز بیمارانی که هیچ‌گونه فعالیت منظم ورزشی نداشتند و بیش از دو ماه از آخرین عود بیماری آن‌ها گذشته بود به پژوهش وارد شدند. به منظور ارزیابی میزان ناتوانی بیماران از مقیاس وضعیت گسترش ناتوانی که از روایی و پایایی خوبی برخوردار است استفاده شد [۱۵]. این مقیاس شامل ۱۰ امتیاز است که بیمار با توجه به شدت بیماری، امتیازی از صفر تا ۱۰ کسب می‌کند. مقیاس مذکور به وسیله پزشک متخصص قبل از ورود بیمار به برنامه تمرینی، اندازه‌گیری و به وی داده شد [۱۶].

پس از انتخاب آزمودنی‌ها، شرکت‌کنندگان براساس نمره EDSS به سه دسته تقسیم شدند: نمره کمتر از ۴/۵، نمره بین ۵-۶/۵، نمره بالاتر از ۶/۵. سپس هر دسته به طور تصادفی به یک گروه تجربی و یک گروه کنترل تقسیم شدند (جدول ۱). برای تعیین درصد چربی از روش اندازه‌گیری ضخامت چربی زیر پوستی چهار نقطه‌ای (تحت کتفی، سه‌سر بازو، دوسر بازو و چهار-سر) با استفاده از کالیپر لافایدمدل استفاده شد. ضخامت چربی هر نقطه سه مرتبه به صورت چرخشی اندازه‌گیری و میانگین آن در فرمول استفاده شد. در نهایت، درصد چربی با استفاده از فرمول جکسون و پولاک (۱۹۸۵) محاسبه شد [۱۷]:

$$-0.29288 \times (\text{مجموع چهار ناحیه اندازه‌گیری شده}) = \text{درصد چربی بدن} \\ - 576377 - 0.15845 \times (\text{سن}) + 0.0005 \times (\text{مجنور جمع چهار ناحیه})$$

پروتکل تمرینی:

گروه‌های تجربی اول، دوم و سوم هر کدام مداخله خاص خود و گروه‌های کنترل فقط تمرینات کششی دریافت کردند. قابل ذکر است که درمان بیماران مورد مطالعه در مدت زمان پژوهش طبق نظر پزشکان معالج بیماران ادامه داشت.

در ابتدا کلیه پیش‌آزمون‌ها به عمل آمد و سپس گروه‌های تجربی، تمرینات خود را زیر نظر مربیان کارآزموده طی ۱۲ هفته، هفته‌ای

تمرین مقاومتی

آزمودنی‌ها هر هفته دو جلسه تمرین شامل هفت حرکت پرس سینه، اسکات، بلند شدن روی پنجه پا، پشت بازو، پارویی، بازکردن زانو، تا کردن زانو را انجام دادند. در هر جلسه تمرین، ۱۵ دقیقه به تمرین مقاومتی اختصاص داشت. شروع تمرینات با ۳۰ درصد یک تکرار بیشینه بود و هر هفته ۵ درصد بر میزان بار اضافه شد. در نهایت در دو هفته آخر تمرینات به هشت تکرار با شدت ۷۰ درصد یک تکرار بیشینه رسید [۲۲]. یک تکرار بیشینه بر اساس فرمول زیر بدست آمد (جدول ۲) [۲۳].

$$\text{تعداد تکرارها} = (0.0278 \times \text{وزنه} - 1) \div 0.278 = 1 \text{RM}$$

تمرینات انعطاف‌پذیری:

در هر جلسه تمرین، ۱۰ دقیقه کشش PNF مختص عضلات همسترینگ و عضلات نزدیک کننده برای هر سه گروه باتوجه به پیشرفت بیمار برنامه‌ریزی شد. شدت تمرین کششی تا آستانه درد انجام گرفت [۲۴].

تمرینات تعادلی ترکیبی از تمرینات ایستا کنترل قامت، تمرین انتقال وزن و تمرینات بهم زدن تعادل بود. در طول تمرینات کنترل ایستا قامت بیماران تشویق می‌شدند تا روی یک صفحه بدون حرکت بی‌ثبات که روی یک فوم قرار داشت برای مدت تقریباً یک دقیقه بر اساس توانایی با چشم باز یا بسته تعادل خود را حفظ کنند. در تمرین انتقال وزن به وسیله متخصص یک توپ

در جهات مختلف به سمت بیمار پرتاب می‌شد. بیمار می‌بایستی برای ۳۰ بار به وسیله قدم زدن و رسیدن توپ را دریافت می‌کرد. سختی این تمرین از طریق افزایش اندازه توپ، مسافت پرتاب و سرعت پرتاب انجام می‌شد. بیمار در تمرینات بی‌تعادلی تشویق می‌شد تا با قرار گرفتن روی یک تخته تعادل و بهم زدن عمدی توسط متخصص در جهات و سرعت مختلف تخته، تعادل خود را حفظ کرده و تلاش کند تا سقوط نکند (جدول ۲) [۲۵].

نمونه‌گیری خون و سنجش‌های بیوشیمیایی:

پس از آشنایی با تمرین، در یک جلسه مجزا ۲۴ ساعت قبل از شروع تمرینات و ۴۸ ساعت بعد از دوره تمرینی، خون‌گیری از بیماران به عمل آمد. مقادیر آدیپسین و مقاومت به انسولین سرمی به روش الایزا با استفاده از کیت شرکت Hangzhou Eastbiopharm ساخت کشور چین اندازه‌گیری شد.

روش‌های آماری:

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی، میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی آزمون t نمونه‌های زوجی به منظور مقایسه پیش آزمون و پس آزمون در هر گروه و آزمون t مستقل برای مقایسه بین گروه‌ها به کار گرفته شد.

جدول ۱: دسته بندی شرکت‌کنندگان براساس EDSS در گروه‌های تمرین و کنترل

گروه	آزمودنی‌های تحت بررسی	پیش آزمون	متغیر مستقل	پس آزمون
تمرین ۱ (۲۳ نفر)	EDSS کمتر از ۴٫۵	T ₁	*	T ₂
کنترل ۱ (۲۱ نفر)	EDSS کمتر از ۴٫۵	T ₁		T ₂
تمرین ۲ (۱۲ نفر)	EDSS بین ۵ تا ۶٫۵	T ₁	*	T ₂
کنترل ۲ (۱۲ نفر)	EDSS بین ۵ تا ۶٫۵	T ₁		T ₂
تمرین ۳ (۱۲ نفر)	EDSS ۶٫۵ به بالا	T ₁	*	T ₂
کنترل ۳ (۱۱ نفر)	EDSS ۶٫۵ به بالا	T ₁		T ₂

جدول ۲: پروتکل برنامه تمرین ترکیبی (هوازی، تعادلی، کششی، مقاومتی) برای افراد مبتلا به MS در سطوح ناتوانی مختلف

گروه تمرینی	گروه تجربی با درجه ناتوانی خفیف	گروه تجربی با درجه ناتوانی متوسط	گروه تجربی با درجه ناتوانی شدید
تمرین هوازی	تمرین دوچرخه/تردمیل ۷۰-۵۰ درصد ضربان قلب بیشینه ۲۰ دقیقه	تمرین دوچرخه/تردمیل ۷۰-۵۰ درصد ضربان قلب بیشینه ۲۰ دقیقه	تمرین با چرخ‌دستی/تردمیل با حمایت وزن ۷۰-۵۰ درصد ضربان قلب بیشینه ۴۵ دقیقه تمرینات با ۵۰ درصد وزن بدن
تمرین مقاومتی	شامل ۷ حرکت پرس سینه، اسکات، بلند شدن روی پنجه پا، پشت بازو، پارویی، بازکردن زانو، تا کردن زانو روی ماشین‌های تمرین قدرتی [۲۶]	شامل ۷ حرکت پرس سینه، اسکات، بلند شدن روی پنجه پا، پشت بازو، پارویی، بازکردن زانو، تا کردن زانو روی ماشین‌های تمرین [۲۶].	تمرینات مقاومتی با اعمال مقاومت توسط مربی شامل ۷ حرکت پرس سینه، اسکات، بلند شدن روی پنجه پا، پشت بازو، پارویی، بازکردن زانو، تا کردن زانو
تمرینات میان‌تنه	تمرینات پیلاتس [۲۲] ۱۵ دقیقه	تمرینات پیلاتس [۲۲] ۱۵ دقیقه	تمرینات پیلاتس [۲۲] ۱۵ دقیقه
تمرین انعطاف‌پذیری	کششی PNF ۱۰ دقیقه تا آستانه درد	کششی PNF ۱۰ دقیقه تا آستانه درد	کششی PNF ۱۰ دقیقه تا آستانه درد
تمرینات تعادلی	تمرین کنترل قامت ایستا / تمرین انتقال وزن / تمرینات بهم زدن تعادل ۱۰ دقیقه ۳ بار در هفته	تمرین کنترل قامت ایستا / تمرین انتقال وزن / تمرینات بهم زدن تعادل ۱۰ دقیقه ۳ بار در هفته	تمرینات تعادلی تنه روی زمین یا روی توپ طبی ۱۰ دقیقه ۳ بار در هفته

یافته‌ها:

نتایج پژوهش در مورد تأثیر یک دوره تمرینات قدرتی، استقامتی، پیلاتس، PNF بر میزان تغییرات آدیپسین، مقاومت به انسولین مبتلایان به MS در همه درجات ناتوانی در جدول ۳ ارائه شده است.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد آدیپسین در گروه تجربی با درجه ناتوانی خفیف ($P=0/004$) به طور معناداری با کاهش همراه است، اما در گروه تجربی با درجه ناتوانی متوسط ($p=0/052$) و شدید ($p=0/290$) معنادار نیست. مقاومت به انسولین در گروه تجربی با درجه ناتوانی خفیف ($p=0/001$) و گروه تجربی با درجه ناتوانی شدید ($P=0/009$) به طور معناداری کاهش داشت، اما در گروه

تجربی با درجه ناتوانی متوسط ($P=0/301$) تغییر معناداری مشاهده نشد. تمام این داده‌ها در گروه کنترل نیز معنادار بودند. همچنین میزان درصد چربی در هر سه گروه تجربی خفیف ($P=0/011$)، متوسط ($P=0/001$)، شدید ($P=0/002$) و میزان شاخص توده بدنی در هر سه گروه تجربی خفیف ($P=0/002$)، متوسط ($P=0/021$)، شدید ($P=0/001$) به طور معناداری کاهش داشت. از طرفی، وزن بدن در گروه تجربی با درجه ناتوانی خفیف ($P=0/003$) و متوسط ($P=0/001$) به طور معناداری کاهش یافت، اما در گروه تجربی با درجه ناتوانی شدید ($P=0/22$) معنادار نبود.

جدول ۳. مقایسه میانگین های درون گروهی و بین گروهی متغیرهای پژوهش (وزن، شاخص توده بدن، درصد چربی، آدیپسین و مقاومت به انسولین) برای افراد مبتلا به MS در درجات ناتوانی مختلف

متغیر	درجه ناتوانی	پیش آزمون میانگین \pm SD گروه تجربی	پس آزمون میانگین \pm SD گروه تجربی	پیش آزمون گروه کنترل	پس آزمون گروه کنترل	مقدار P درون گروهی	مقدار P بین گروهی	F
وزن (کیلوگرم)	ضعیف	۶۹,۱ \pm ۹,۱	۶۶,۱ \pm ۷,۵	۶۷,۴ \pm ۱۰,۹	۶۷,۴ \pm ۱۰,۱	*۰,۰۱	*۰,۰۳	۵۱,۳
	متوسط	۶۱,۷ \pm ۸,۸	۵۹,۲ \pm ۹,۳	۶۲,۱ \pm ۸,۷	۶۲,۰ \pm ۶,۸	*۰,۰۴	*۰,۰۱	۳۵,۲
	شدید	۶۳,۸ \pm ۸,۱	۶۱,۵ \pm ۶,۹	۶۲,۸ \pm ۶,۱	۶۲,۵ \pm ۷,۰	۰,۳۵	۰,۲۲	۵,۲
شاخص توده بدن (کیلوگرم بر متر مربع)	ضعیف	۲۹,۵ \pm ۱۴,۵	۲۵,۸ \pm ۱۲,۱	۳۰,۵ \pm ۱۱,۱	۲۹,۲ \pm ۲,۲	*۰,۰۰۱	*۰,۰۰۲	۴۲,۶
	متوسط	۳۰,۵ \pm ۴,۵	۲۷,۰ \pm ۳,۴	۳۱,۵ \pm ۴,۴	۳۰,۲ \pm ۴,۸	*۰,۰۰۱	*۰,۰۲۱	۲۷,۶
	شدید	۲۸,۴ \pm ۳,۶	۲۶,۴ \pm ۵,۳	۲۷,۱ \pm ۱,۰۲	۲۷,۰ \pm ۱,۱	*۰,۰۰۱	*۰,۰۰۱	۷۱,۲
درصدچربی (درصد)	ضعیف	۳۰,۱ \pm ۱,۲	۲۷,۶ \pm ۰,۷	۲۸,۵ \pm ۰,۹۸	۲۷,۲ \pm ۱,۰	*۰,۰۰۱	۰,۰۱۱	۲۵,۱
	متوسط	۳۱,۶ \pm ۲,۲	۲۸,۵ \pm ۱,۲	۲۹,۴۲۵ \pm ۲,۳	۳۰,۵ \pm ۳,۴	*۰,۰۰۱	*۰,۰۰۱	۳۶,۶
	شدید	۳۰,۱ \pm ۴,۶	۲۸,۰ \pm ۲,۶	۳۱,۲ \pm ۲,۱	۳۳,۴ \pm ۱,۱	۰,۰۱۱	۰,۰۰۲	۶۶,۰
آدیپسین (نانوگرم/میلی لیتر)	ضعیف	۵۰,۲ \pm ۴۲,۳	۳,۰۰ \pm ۳۸,۲۵	۸,۰ \pm ۶۸,۹	۸,۰ \pm ۶۸,۴	*۰,۰۰۳	*۰,۰۰۴	۱۱,۵۳
	متوسط	۴,۰۳ \pm ۷۵,۰۸	۴,۴۶ \pm ۶۹,۷۰	۱,۰۲ \pm ۶۶,۲۰	۲,۴۲ \pm ۶۸,۰۷	۰,۳۰	۰,۰۵۲	۴,۳۷
	شدید	۱,۷۵ \pm ۷۰,۰۴	۱,۴۱ \pm ۶۶,۰۶	۱,۳۵ \pm ۵۹,۵۲	۱,۵۰ \pm ۶۴,۶۹	۰,۳۶	۰,۳۹	۴,۸۱
مقاومت به انسولین (نانوگرم / میلی لیتر)	ضعیف	۷,۰۲ \pm ۳,۲۱	۴,۹۱ \pm ۳,۵۵	۷,۵۲ \pm ۳,۴۳	۷,۳۳ \pm ۳,۰۰	*۰,۰۰۲	*۰,۰۰۱	۰,۹۵
	متوسط	۸,۵۴ \pm ۲,۴۴	۵,۱۲ \pm ۲۳,۶۴	۷,۰۲ \pm ۲,۲۵	۷,۶۶ \pm ۳,۱۴	*۰,۰۰۳	*۰,۰۰۱	۰,۵۶۷
	شدید	۸,۴۵ \pm ۲,۸۸	۵,۰۶ \pm ۳,۰۲	۷,۱۲ \pm ۲,۱۳	۷,۳۳ \pm ۳,۰۰	*۰,۰۰۲	*۰,۰۰۹	۰,۴۵۴

* کاهش معنادار تغییرات بین گروهی و درون گروهی را نشان می‌دهد.

بحث:

هفته تمرینات هوازی در کودکان چاق، بدون کاهش معنادار در وزن و بهبود ترکیب بدنی، نشان داد که تمرینات ورزشی بر مقادیر سایتوکاین‌های التهابی همچون IL-6 و TNF- α موثر نیست [۲۷]. بنابراین با توجه به نقش تنظیمی IL-6 و TNF- α در افزایش بیان ژنی بروز آدیپسین در سلول‌های چرب، احتمالاً دلیل کاهش در میزان سرمی آدیپسین به دنبال اجرای تمرینات استقامتی را بتوان به بهبود کلیه شاخص‌های آنترپومتریکی مورد بررسی نظیر وزن، شاخص توده بدنی و درصد چربی بدن و احتمالاً کاهش در مقادیر IL-6 و TNF- α نسبت داد. علاوه بر این، بین تغییرات آدیپسین پلاسما با تغییرات شاخص‌های مذکور ارتباط معنادار مشاهده شد [۲۹]. همچنین از دلایل تفاوت یافته‌های پژوهش حاضر در مقایسه با پژوهش‌های دیگران ممکن است مربوط به تفاوت در نوع و شدت تمرینات، مدت کوتاه پروتکل تمرین، الگوهای تمرینی متفاوت و نوع متفاوت آزمودنی‌ها باشد.

از طرفی، مقاومت به انسولین در گروه تجربی خفیف و گروه تجربی با درجه ناتوانی شدید به طور معناداری کاهش یافت که این کاهش با پژوهش‌های اکسو و همکاران [۳۰]، جرج و همکاران [۳۱] هم سو و با نتایج پژوهش جوی و همکاران [۲۶] و استفانو و همکاران [۴۲] متفاوت است. علت هم سوئی را می‌توان این طور بیان داشت که محیط دور کمر که نشان دهنده میزان چربی شکمی است در گروه تجربی کاهش معناداری داشته

نتایج پژوهش حاضر نشان داد آدیپسین در گروه تجربی با درجه ناتوانی خفیف به طور معناداری کاهش می‌یابد که این کاهش با مطالعه ایلپهن و همکاران [۲۹]، وارادی و همکاران [۳۰] هم خوانی دارد، ولی با نتایج پژوهش ایکسیا و همکاران [۳۱] و عزیزی و همکاران [۳۲] هم خوانی ندارد. هم خوانی با نتایج برخی پژوهش‌ها می‌تواند به این علت باشد که فعالیت ورزشی و کاهش التهاب به صورت موازی و از طریق سازوکارهایی کاملاً مجزا ولی مرتبط با هم، عوامل خطرزای متابولیکی و قلبی-عروقی را بهبود می‌بخشند. فعالیت‌های ورزشی با کاهش ذخایر چربی، تغییر در عملکرد ترشحی سلول‌های بافت چربی و بهبود هیپوکسی بافت چربی (مرتبط با شرایط چاقی و یا اضافه وزن) در این فرایند نقش دارند. بنابراین، اگر رژیم تمرینی به کاهش در تعداد سلول‌های چربی و یا بهبود عملکرد آن‌ها منجر نشود، توانایی ورزش در تعدیل میزان آدیپوکاین‌ها، مقاومت انسولینی و التهاب محدود می‌شود و یا به طور کلی دیده نمی‌شود [۲۷]. به طور مثال، مایکلا دوریس و همکاران در سال ۲۰۰۸ گزارش کردند که اجرای دوازده هفته تمرینات استقامتی در آزمودنی‌های چاق در مقایسه با گروه کنترل و لاغر، به خاطر عدم تغییر در وزن و ترکیب بدن آزمودنی‌ها بر مقادیر شاخص‌های پیش التهابی IL-6، TNF- α و CRP تاثیر معناداری ندارد [۲۸]. همچنین نتایج مطالعه کلی و همکاران در سال ۲۰۰۹ در بررسی تاثیر هشت

می‌رسد اجرای آن‌ها با مدت و شدت‌های متفاوت و در دوره‌های طولانی‌تر ضروری باشد. همچنین با توجه به شیوع روز افزون بیماری MS در ایران و از آن جایی‌که روش‌های دارویی دارای عوارض جانبی بوده و بار سنگین مالی دارد، آگاه‌سازی بیماران نسبت به تاثیر روش‌های غیر دارویی از جمله ورزش، قطعاً گام موثری در بهبود کیفیت زندگی آن‌ها خواهد داشت.

تعارض منابع:

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

تشکر و قدردانی:

بدین وسیله از همه آزمودنی‌های شرکت کننده در مطالعه حاضر با کد اخلاق ۲۳۸۲۱۴۰۲۹۳۲۰۳۴ و IRCT201609301999n7 و همچنین مسئولین مرکز تخصصی ورزشی پارس شهرکرد تشکر و قدردانی می‌شود.

است، پس این عامل ممکن است کاهش جزئی مقاومت به انسولین را در پژوهش توجیه کند. همچنین نشان داده شده است که فعالیت ورزشی موجب افزایش عملکرد انسولین از طریق کاهش تجمع تری‌گلیسیرید درون سلولی و افزایش اکسیداسیون اسیدهای چرب می‌شود [۳۲]. احتمالاً اگر مدت دوره تمرین و یا تعداد دفعات تکرار تمرین در روزهای هفته افزایش یابد، تأثیر تمرینات ورزشی بر این عوامل بارزتر خواهد بود [۳۳].

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر یک دوره تمرینات ترکیبی می‌تواند مقادیر وزن، شاخص توده بدنی و درصد چربی بدن را به طور معناداری در زنان مبتلا به MS تغییر دهد، ولی تفاوت معناداری در سایر متغیرهای پژوهش از جمله آدیپسین و مقاومت به انسولین بین دو گروه کنترل و تجربی با درجات ناتوانی متوسط و شدید ایجاد نمی‌کند. تأثیر مثبت تمرینات ترکیبی در مقادیر این متغیرها در گروه‌های با ناتوانی خفیف حاکی از لزوم انجام مداخلات مختلف و چندگانه با توجه به شدت عارضه بود. با این وجود، برای تعیین دقیق‌تر تاثیر این پروتکل‌های تمرینی، به نظر

References:

1. Salehzadeh K, Ayromlou H, Khajei S, Saberi Y. Effects of Pilates on Changes in Balance, Body Composition, and Vital Signs Including Dual Blood Pressure and Resting Heart Rate in Females With Multiple Sclerosis in Tabriz, Iran. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2018 Jun 1;13(2):17-24.
2. Salehzadeh K, Ayromlou H, Khajei S, Saberi Y. Effects of Pilates on Changes in Balance, Body Composition, and Vital Signs Including Dual Blood Pressure and Resting Heart Rate in Females With Multiple Sclerosis in Tabriz, Iran. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2018 Jun 1;13(2):17-24.
3. Florindo M. Inflammatory cytokines and physical activity in multiple sclerosis. *ISRN neurology* 2014;2014:1-8
4. Bagert B, Camplair P, Bourdette D. Cognitive dysfunction in multiple sclerosis. *CNS drugs* 2002;16(7):445-55.
5. Natarajan R, Hagman S, Hämäläinen M, Leppänen T, Dastidar P, Moilanen E, et al. Adipsin is associated with multiple sclerosis: a follow-up study of adipokines. *Multiple sclerosis international* 2015;2015:1-9.
6. Hietaharju A, Kuusisto H, Nieminen R, Vuolteenaho K, Elovaara I, Moilanen E. Elevated cerebrospinal fluid adiponectin and adipsin levels in patients with multiple sclerosis: a Finnish co-twin study. *European journal of neurology* 2010;17(2):332-4.
7. Hashemi F, Yaghmaei P, Saadati N, Haghghi Poodeh S, Ramezani Tehrani F, Hedayati M. Association of serum adipsin levels with polycystic ovarian syndrome. *Razi Journal of Medical Sciences* 2012;19(99):1-6
8. Ansari MG, Hussain SD, Wani KA, Yakout SM, Al-Disi D, Alokail MS, et al. Influence of bone mineral density in circulating adipokines among postmenopausal Arab women. *Saudi Journal of Biological Sciences* 2020;27(1):374-9.
9. Kong HJ, Hong GE, Nam BH, Kim YO, Kim WJ, Lee SJ, et al. An immune responsive complement factor D/adipsin and kallikrein-like serine protease (PoDAK) from the olive flounder *Paralichthys olivaceus*. *Fish & shellfish immunology* 2009;27(3):486-92.
10. Fruhbeck G, Gómez-Ambrosi J, Muruzábal FJ, Burrell MA. The adipocyte: a model for integration of endocrine and metabolic signaling in energy metabolism regulation. *American Journal of Physiology-Endocrinology And Metabolism* 2001;280(6):E827-47.
11. Azizi M, Tadib V, Behpoor N. The effect of aerobic exercise training on circulating levels of adipsin and insulin resistance among obese type-2 diabetic females. *Jundishapur Scientific Medical journal* 2016 ,15(4): 433-442.
12. Ihalainen J, Walker S, Paulsen G, Häkkinen K, Kraemer WJ, Hämäläinen M, Vuolteenaho K, Moilanen E, Mero AA. Acute leukocyte, cytokine and adipocytokine responses to maximal and hypertrophic resistance exercise bouts. *European journal of applied physiology* 2014;114(12):2607-16.
13. Guerrero-García JD, Carrera-Quintanar L, López-Roa RI, Márquez-Aguirre AL, Rojas-Mayorquín AE, Ortuño-Sahagún D. Multiple sclerosis and obesity: possible roles of adipokines. *Mediators of inflammation* 2016;2016:1-24.
14. Farsani MN, Biniiaz A, Safari S, Taghvayi M. Therapeutic effect of aerobic exercise training on serum resistin in asthma patients. *J Bio & Env Sci* 2014;4(2):148-153.

15. Meyer-Moock S, Feng YS, Maeurer M, Dippel FW, Kohlmann T. Systematic literature review and validity evaluation of the Expanded Disability Status Scale (EDSS) and the Multiple Sclerosis Functional Composite (MSFC) in patients with multiple sclerosis. *BMC neurology* 2014;14(1):58-68.
16. Markowitz CE, Hughes MD, Mikol DD, Shi L, Oleen-Burkey M, Denney DR. Expanded disability status scale calculator for handheld personal digital assistant: reliability study. *International Journal of MS Care* 2008;10(2):33-9.
17. Kravitz L, Heyward VH. Getting a grip on body composition. *IDEA today*. 1992;10:34-41.
18. Marandi SM, Shahnazari Z, Minacian V, Zahed A. A Comparison between Pilates Exercise and Aquatic Training effects on Muscular Strength in Women with Multiple Sclerosis. *Pak J Med Sci* 2013;29(1)Suppl:285-289.
19. Coote S, Garrett M, Hogan N, Larkin A, Saunders J. Getting the balance right: a randomised controlled trial of physiotherapy and Exercise Interventions for ambulatory people with multiple sclerosis. *BMC neurology* 2009;9(1):34-41.
20. Beer S, Aschbacher B, Manoglou D, Gamper E, Kool J, Kesselring J. Robot-assisted gait training in multiple sclerosis: a pilot randomized trial. *Multiple Sclerosis Journal* 2008;14(2):231-6.
21. Dehkordi MR, Sadeghi H, Banitalebi E, Aliakbarian A. The comparison of traditional exercises & body weight supported treadmill training (BWSTT) exercises on sensory-motor function, quality and quantity of walking in paraplegic spinal cord injured persons. *J Rehabil*. 2015; 15: 22-31.
22. Filipi ML, Kucera DL, Filipi EO, Ridpath AC, Leuschen MP. Improvement in strength following resistance training in MS patients despite varied disability levels. *NeuroRehabilitation* 2011;28(4): 373-82.
23. Dalgas U, Stenager E, Ingemann-Hansen T. Multiple sclerosis and physical exercise: recommendations for the application of resistance-, endurance- and combined training. *Multiple Sclerosis Journal* 2008;14(1):35-53.
24. Döring A, Pfueller CF, Paul F, Dorr J. Exercise in multiple sclerosis--an integral component of disease management. *EPMA J*. 2011; 3: 1. [DOI:10.1007/s13167-011-0136-4] [PMID] [PMCID]
25. Kalron A, Fonkatz I, Frid L, Baransi H, Achiron A. The effect of balance training on postural control in people with multiple sclerosis using the CAREN virtual reality system: a pilot randomized controlled trial. *Journal of neuroengineering and rehabilitation* 2016;13(1):13-2
26. Choi K, Kim T, Yoo H, et al. Effect of exercise training on A- FABP, lipocalin- 2 and RBP4 levels in obese women. *Clin Endocrinology*. 2009; 70: 569-74. [DOI:10.1111/j.1365-2265.2008.03374.x] [PMID]
27. Kelly AS, Steinberger J, Olson TP, Dengel DR. In the absence of weight loss, exercise training does not improve adipokines or oxidative stress in overweight children. *Metabolism* 2007;56(7):1005-9.
28. Azizi M, Tadibi V, Behpour N. The effect of aerobic exercise training on β -cell function and circulating levels of adiponectin in community of obese women with type 2 diabetes mellitus. *Int J Diabetes Dev Ctries* 2017; 37(3): 298-304.
29. Ryan AS, Nicklas BJ. Reductions in plasma cytokine levels with weight loss improve insulin sensitivity in overweight and obese postmenopausal women. *Diabetes care* 2004;27(7):1699-705.
30. XU X, Ying Z, Cai M, Li Y, Jiang SY, et al. Exercise ameliorates high-fat diet-induced metabolic and vascular dysfunction and increase adipocyte progenitor cell population in brown adipose tissue. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol* 2011; 300(5): 1115-25.
31. Jorge ML, de Oliveira VN, Resende NM, Paraiso LF, Calixto A, Diniz AL, et al. The effects of aerobic, resistance and combined exercise on metabolic control, inflammatory markers, adipocytokines and muscle insulin signaling in patients with type 2 diabetes mellitus. *Metabolism* 2011; 60(9):1244-52.
32. Bahrami A, Saremi A. Effect of caloric restriction with or without aerobic training on body composition, blood lipid profile, insulin resistance, and inflammatory marker in middle-age obese/overweight men. *Arak Medical University Journal* 2011 Jul 15;14(3):11-9.
33. Newman MA, Dawes H, Van den Berg M, Wade DT, Burridge J, Izadi H. Can aerobic treadmill training reduce the effort of walking and fatigue in people with multiple sclerosis: a pilot study. *Multiple Sclerosis Journal* 2007;13(1):113-9.

The effects of Combine Training Program on Level Adipsin and Insulin Resistance in Female Multiple Sclerosis Patients (MS)

Farzane Kaveh¹, Mohammad Faramarzi^{2*}, Ali Shafizadeh³, Zahra Resei⁴, Zahra Hemati⁵

Received: 2020.02.05

Revised: 2021.05.22

Accepted: 2021.06.13

- 1.MSc in exercise physiology, Shahrekord University, Shahrekord, Iran
- 2.Professor in exercise physiology, Department of exercise physiology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
- 3.Assistant Professor in Motor Behaviour, Shahrekord University, Shahrekord, Iran
- 4.MSc in exercise physiology, Shahrekord University, Shahrekord, Iran
- 5.Assistant Professor in exercise physiology, Ardakan University, Yazd, Iran

Pars Journal of Medical Sciences, Vol.19, No.1, Spring 2021

Pars J Med Sci 2021;19(1):54-62

Abstract:

Introduction:

Adipsin is one of the important adipose tissue proteins and has a beneficial role in maintaining beta cell function. The aim of this study was to examine the effect of 12-week rhythmic combined training on plasma adipsin levels and insulin resistance in Multiple Sclerosis Patients (MS) women.

Materials and Methods:

In this semi-experimental study, 96 female patients with MS were selected on the basis of disability levels and divided into three groups, low disability (n=44), moderate disability (n=26) and severe disability (n=26). Training program include 12 weeks combined training, three sessions per week and 45 to 60 minute for each session. Resting levels of Adipsin and Insulin Resistance were measured 24 h before and 48 h after training programs.

Results:

The findings showed that after 12 weeks of combine training, plasma adipsin levels in low disability group significantly decrease ($p=0.002$). Also, 12 weeks of combined exercise significantly decreased insulin resistance in the low and severe disability group, but no significant decrease in the group with moderate disability.

Conclusions:

Therefore, combine training induce changes in weight, body fat percentage, BMI and decrease the plasma adipsin level in MS women.

Keywords: Women, Combine training, Adipsin, Insulin Resistance, Multiple Sclerosis

* Corresponding author Email: m.faramarie@spr.ui.ac.ir