

تأثیر حاد تمرین استقامتی بر سطوح آمیلوئید A و LDL اکسید شده در مردان جوان چاق

جواد مهربانی^{۱*}، تهمنه سعیدی ضیابری^۱، فهیمه مهربانی^۱، ابودر جوربنیان^۱

^۱گروه فیزیولوژی ورزش، دانشگاه گیلان، رشت، ایران
^{*}نویسنده مسئول: رشت، دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی دانشگاه گیلان، گروه فیزیولوژی ورزش
 پست الکترونیک: mehrabanij@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: چاقی و افزایش شاخص‌های التهابی از جمله آمیلوئید A (SAA) و LDL اکسید شده (Ox-LDL) از عوامل اصلی ابتلای به بیماری‌های قلبی - عروقی است و فعالیت‌های ورزشی اثر مثبتی در کاهش عوامل خطرزای این بیماری‌ها دارد. هدف از پژوهش حاضر، ارزیابی اثر یک جلسه تمرین استقامتی روی چرخ کارسنج بر سطوح خونی SAA و Ox-LDL در مردان جوان چاق بود.

مواد و روش کار: تعداد ۲۲ مرد جوان در این مطالعه شرکت کردند که به دو گروه وزن طبیعی (۱۲ نفر با میانگین و انحراف معیار سن $25/12 \pm 1/42$ سال، وزن $69/91 \pm 2/75$ کیلوگرم و قد $173/04 \pm 2/75$ سانتی‌متر) و گروه چاق (۱۰ نفر با میانگین و انحراف معیار سن $26/45 \pm 1/39$ سال، وزن $91/15 \pm 7/40$ کیلوگرم و قد $173/6 \pm 3/6$ سانتی‌متر) تقسیم شدند. پروتکل فعالیت بدنی شامل رکاب‌زدن با شدت $65\% VO_{2max}$ به مدت ۶۰ دقیقه روی چرخ کارسنج بود. نمونه‌گیری خون، قبل و بعد از پایان فعالیت انجام شد و مقادیر SAA و Ox-LDL با روش الایزا مورد اندازه‌گیری قرار گرفت.

یافته‌ها: آزمون یومان‌ویتنی نشان داد سطح سرمی Ox-LDL گروه چاق پس از فعالیت در مقایسه با گروه وزن طبیعی بالاتر بود ($p < 0/05$). در گروه چاق، سطح SAA پس از فعالیت از گروه وزن طبیعی بالاتر بود ($p < 0/05$). آزمون تی مستقل نشان داد سطح SAA در هر دو گروه در مقایسه با قبل از فعالیت افزایش معنی‌داری داشت ($p < 0/05$). در هر دو گروه بین SAA با BMI و در گروه چاق بین Ox-LDL و BMI رابطه معنی‌داری مشاهده شد ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: یک جلسه فعالیت استقامتی موجب افزایش سطوح SAA و Ox-LDL می‌شود و به نظر می‌رسد این تغییر تحت تاثیر بالاتر بودن توده بدن و اثر التهاب حاد ناشی از فعالیت ورزشی قرار داشته باشد. **واژه‌های کلیدی:** چاقی، فعالیت استقامتی، پاسخ حاد التهابی، آمیلوئید A، لیپوپروتئین اکسایشی

مقدمه

افزایش شاخص‌های التهابی یکی از مهمترین دلایل ابتلا به بیماری آترواسکلروز عروق کرونری است. از بین عوامل التهابی، آمیلوئید A سرم (SAA)^۱ که یکی از پروتئین‌های فاز حاد و بیانگر فعالیت التهابی سیستمیک، به ویژه التهاب شریانی است، در ابتلای به آترواسکلروز نقش مهمی دارد [۱]. این پروتئین التهابی که توسط کبد و در شرایط التهابی سنتز می‌شود، یک نام ژنریک برای خانواده پروتئین‌های مثبت فاز حاد است که جایگزین آپوپروتئین A در کلاسترول HDL شده و با افزایش اتصال به گلیکوپروتئین‌های دیواره عروق، سبب افزایش خطر بیماری‌های قلبی-عروقی می‌شود [۲، ۳].

مطالعات نشان داده‌اند که شاخص‌های التهابی همانند پروتئین واکنش گر C (CRP)^۲، SAA و سلول‌های سفید خون، به عنوان عوامل خطرزای مستقل، پیشگویی کننده حوادث قلب و عروق هستند [۴-۶]. نشان داده شده است که چاقی [۷، ۸] و عدم فعالیت بدنی [۹]، سبب افزایش شاخص‌های التهابی می‌شوند. حضور SAA در HDL مانع از استریفه شدن HDL به وسیله لسیتین کلاسترول اسیل ترانسفراز (LCAT) می‌شود و توانایی HDL برای جلوگیری از اثر آترواسکلروتیک LDL را کاهش می‌دهد [۱۰]. در واقع، SAA یک واکنشگر مرحله حاد است و مقدار آن در پاسخ به التهاب، در خون افزایش می‌یابد. SAA موجب جابجایی apoA-I و تا اندازه‌ای apoA-II از HDL شده و در نتیجه سطوح HDL را کاهش می‌دهد [۱۱]. از این رو افزایش سطوح در گردش SAA می‌تواند نشانگر مناسبی از افزایش احتمال خطر وقایع قلبی-عروقی باشد.

استرس اکسیداتیو در نتیجه عدم تعادل بین تولید رادیکال‌های آزاد و گونه‌های فعال اکسیژن از یک سو و دفاع آنتی اکسیدانی از سوی دیگر به وجود می‌آید [۱۲]. استرس اکسیداتیو که عامل مهمی در آترواسکلروز می‌باشد، با پراکسیداسیون لیپید در ارتباط است و منجر به صدمه به سلول اندوتلیال و بسیاری از ماکرومولکولها می‌شود. استرس اکسیداتیو باعث افزایش بیان ژن‌های

واکنشی و حساس در سلول‌های اندوتلیال می‌شود [۱۳]. در مراحل اولیه تشکیل پلاک آترواسکلروزی، انباشتگی لیپید و تشکیل سلول فوم باعث صدمه به سلول اندوتلیال می‌شود و آسیب آترواسکلروزی به‌طور قابل توجهی فشار اکسید کننده را از طریق پراکسیداسیون لیپیدی و تحریک تشکیل OX-LDL، به عنوان یکی از آنتی‌ژن‌هایی که دارای نقش اساسی در ایجاد آسیب‌های اولیه آترواسکلروز و از عوامل اصلی در القای SAA [۱۴] است، ایجاد می‌کند [۱۵]. در واقع، تشکیل OX-LDL از LDL نشانگر افزایش استرس اکسایشی است که در نهایت موجب تخریب بافت اندوتلیوم با مشارکت رادیکال‌های آزاد شده و همراه با پیشرفت ضایعات آترواسکلروز، به‌ویژه رسوب کلاسترول و ایجاد پلاک، کارکرد عروق را در برابر التهاب کاهش می‌دهد. گزارش‌های پژوهشی نشان می‌دهد که اجرای فعالیت‌های بدنی منظم، در کاهش استرس اکسایشی به‌ویژه سطوح خون OX-LDL و به دنبال آن توقف پیشرفت آترواسکلروز نقش دارد [۱۶]؛ اما تأثیر اجرای یک جلسه فعالیت بدنی با شدت متوسط تا بالا، همواره مورد پرسش قرار دارد. از طرف دیگر اطلاعات و دانش موجود در مورد پاسخ حاد فعالیت ورزشی به وضعیت فشار اکسیداتیو و عامل التهابی SAA در افراد چاقی که فشارخون خفیف دارند و از دارو استفاده نمی‌کنند اندک است. بنابراین در پژوهش حاضر پاسخ حاد SAA و Ox-LDL سرم به یک جلسه رکاب‌زدن استقامتی روی چرخ کارسنج با لحاظ کردن توده بدن مورد ارزیابی قرار گرفته است.

روش کار

پس از فراخوان عمومی، از بین دانشجویان غیرورزشکار تعداد ۳۱ نفر اعلام آمادگی کرده و در جلسه هماهنگی شرکت کردند. پس از توضیح روند پژوهش به شکل کتبی و حضوری، تعداد ۲۳ نفر بر اساس معیار نمایه توده‌ی بدن، به دو گروه تقسیم شدند (جدول ۱). سیگاری نبودن و نداشتن مصرف الکل، عدم ابتلا به بیماری‌های متابولیکی (به غیر از چاقی)، پرفشاری خون و غیرفعال بودن ملاک‌های شرکت آزمودنی‌ها در پژوهش بود. در هنگام اجرای پروتکل یک نفر از آزمودنی‌های گروه چاقی از ادامه مطالعه کنار رفت. در جلسه اول که یک هفته قبل از

1-C reactive protein

2-Serum amyloid A

کشور ژاپن مورد اندازه‌گیری قرار گرفت. همسانی درون گروهی داده‌ها با آزمون شاپیروویلیک، تغییرات پس آزمون به پیش آزمون با تی مستقل، مقایسه دو گروه با آزمون یومان‌ویتنی و رابطه بین متغیرها با آزمون همبستگی پیرسون تعیین شد. سطح $p < 0.05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد پس از یک جلسه فعالیت استقامتی با شدت VO_2max ۶۵٪ روی چرخ کارسنج، سطوح سرمی OX-LDL خون در گروه چاق در مقایسه با گروه وزن طبیعی، به طور معنی‌داری افزایش یافت ($p < 0.05$) (نمودار ۱). تغییرات این متغیر در هر کدام از گروه‌ها پس از فعالیت نسبت به پیش از آن تفاوت معنی‌داری نشان نداد.

سطح سرمی آمیلوئید A در هر دو گروه چاق ($p < 0.05$) و وزن طبیعی ($p < 0.05$)، نسبت به قبل از فعالیت، به‌طور معنی‌داری افزایش یافته بود. همچنین، سطح سرمی آمیلوئید A در گروه چاق نسبت به گروه وزن طبیعی تفاوت معنی‌داری داشت ($p < 0.05$) (نمودار ۲).

بین مقادیر سرمی آمیلوئید A و BMI در هر دو گروه چاق و وزن طبیعی ($p < 0.05$) و سطح OX-LDL و BMI فقط در گروه چاق رابطه معنی‌داری مشاهده شد (جدول ۲). در سایر متغیرها رابطه معنی‌داری مشاهده نشد.

بحث

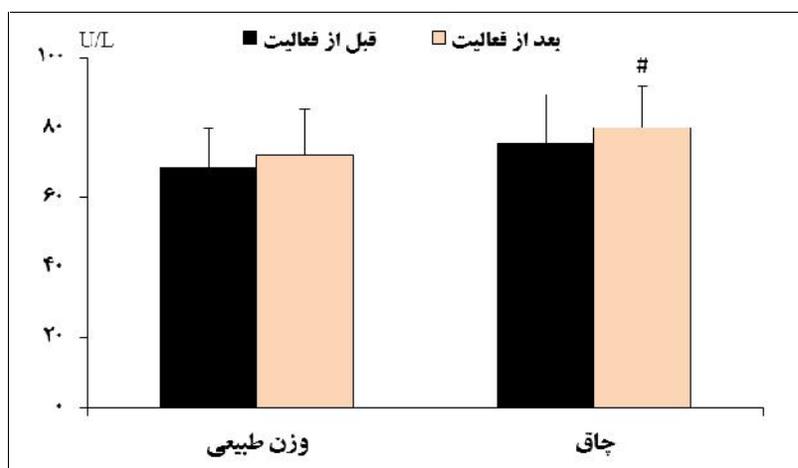
پژوهش حاضر با هدف ارزیابی پاسخ حاد سطوح SAA و OX-LDL سرم به یک جلسه فعالیت استقامتی روی چرخ کارسنج با توجه به توده بدن انجام شد. یافته‌ها تفاوت معنی‌داری بین سطح سرمی SAA قبل از فعالیت ورزشی گروه چاق که دارای پرفشارخونی و کلسترول بالا بودند، با گروه وزن طبیعی که فشارخون طبیعی ولی کلسترول بالا داشتند، نشان داد. درحالی‌که، OX-LDL گروه چاق از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری با گروه وزن طبیعی نداشت. مقدار OX-LDL در گروه چاق پس از فعالیت ورزشی در مقایسه با گروه وزن طبیعی بالاتر بود. سطوح SAA در هر دو گروه چاق و طبیعی در مقایسه با قبل از فعالیت، افزایش معنی‌داری داشت اما در گروه چاق سطح

اجرای پروتکل اصلی برگزار شد، رضایتنامه کتبی اخذ و مطالعه مقدماتی روی ۴ نفر از آزمودنی‌ها (۲ نفر چاق و ۲ نفر وزن مطلوب) اجرا شد، تا امکان اجرای فعالیت ارزیابی شده و آزمودنی‌ها با روند کار آشنا شوند. چنانچه فردی دارای مشکلات جسمی و حرکتی بود، از مطالعه کنار گذاشته می‌شد. در همین جلسه، VO_2max با یک پروتکل فزاینده تدریجی شدت (GXT)^۱ روی چرخ کارسنج و ترکیب بدن با دستگاه آنالایزر ترکیب بدن مدل (InBody 0.3) و با روش مقاومت بیوالکتریک، ساخت کشور کره جنوبی و فشار خون با دستگاه فشارسنج جیوه‌ای ساخت کشور ژاپن مورد اندازه‌گیری قرار گرفت.

فعالیت بدنی شامل رکاب زدن روی چرخ کارسنج مدل تنتوری با شدت VO_2max ۶۵٪ به مدت ۶۰ دقیقه بود؛ به این ترتیب که شدت فعالیت در ۱۰ دقیقه ابتدایی، در محدوده ۶۰٪ بود و پس از آن به تدریج طی ۵ دقیقه، شدت به ۶۵٪ می‌رسید. شدت فعالیت بر مبنای روش معرفی شده توسط کاروونن، یعنی استفاده از درصدی از ضربان قلب ذخیره‌ای (HRR) که معادل VO_2max است، در نظر گرفته شد. پروتکل فعالیت بدنی ۲/۵ ساعت پس از صرف صبحانه ایزوکالریک (بر مبنای وزن) و بین ساعات ۹ تا ۱۱ صبح انجام شد. پس از ۱۰ دقیقه استراحت و قبل از اجرای پروتکل و به فاصله ۱ دقیقه (بلافاصله) پس از پایان فعالیت، مقدار ۵ سی‌سی خون در هر نوبت، از ورید براکیال (رادبال) جمع‌آوری و سپس درون تیوب‌های محتوی ماده ضد انعقاد (EDTA) ریخته شد. پس از جداسازی سرم، نمونه‌ها به آزمایشگاه منتقل و در دمای ۷۰- درجه سانتی‌گراد فریز شد. سطوح SAA با روش الایزا و با استفاده از کیت (-BioActive Germany) با ضریب تغییرات درونی ۷ درصد و حساسیت ۴۰ ng/ml و مقادیر OX-LDL با کیت (Biomedica, Medizinprodukte, GmbH & Co, USA) مورد اندازه‌گیری قرار گرفت. مقادیر کلسترول با روش colorimetry، LDL و HDL با روش colorimetry-direct و با کیت‌های مخصوص انسانی ساخت شرکت پارس‌آزمون اندازه‌گیری شد. همچنین، فشار خون با فشارسنج جیوه‌ای مدل ALPK2 ساخت

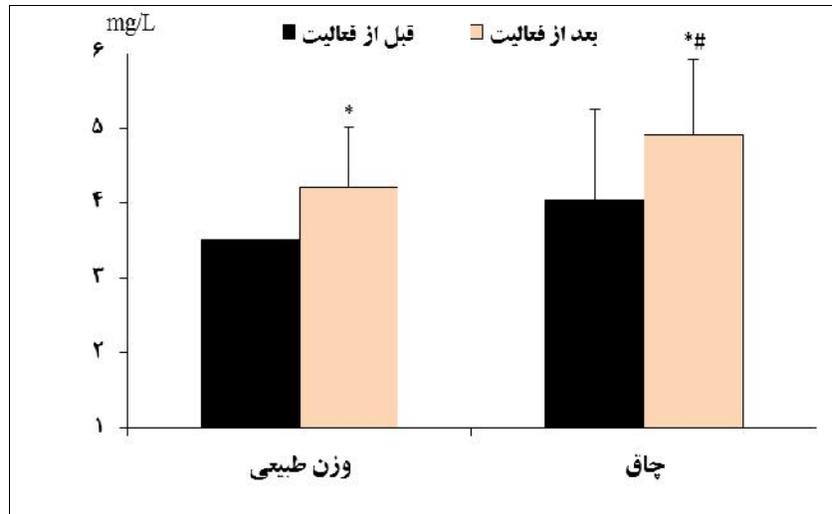
جدول ۱: ویژگی‌های فردی، خونی، ترکیب بدن و VO_2max آزمودنی‌ها (میانگین و انحراف استاندارد)

چاق (۱۰ نفر)	وزن طبیعی (۱۲ نفر)	
۲۶/۴۵±۱/۳۹	۲۵/۱۲±۱/۴۲	سن (سال)
۱۷۳/۶±۳/۶	۱۷۳/۰۴±۲/۷۵	قد (سانتی‌متر)
۹۱/۱۵±۷/۴۰	۶۹/۹۱±۲/۷۵	وزن (کیلوگرم)
۳۰/۱۹±۱/۳۲	۲۳/۳۵±۰/۸۷	نمایه توده‌ی بدن (kg/m^2)
۲۷/۴۹±۲/۹۱	۱۲/۷۴±۱/۶۷	چربی بدن (درصد)
۰/۹۸±۰/۲۴	۰/۸۸±۰/۱۹	WHR
۲۲۹/۴۸±۲۵/۶	۱۹۸/۲۳±۲۷/۵	TChol (mg/dl)
۴۳/۵۶±۷/۸	۴۹/۰۵±۶/۳	HDL-c (mg/dl)
۵/۲۶±۰/۶۸	۴/۰۳±۰/۷۱	TChol/HDL-c
۱۴۶/۱۲±۱/۲۳	۱۲۵/۸۱±۱/۰۱	فشار خون سیستولی (mm Hg)
۸۸/۰۸±۰/۴۹	۸۳/۹۱±۰/۶۷	فشار خون دیاستولی (mm Hg)
۲۹/۷۴±۳/۵	۳۷/۶۸±۲/۳	VO_2max ($ml^{-1}.kg^{-1}.min$)



نمودار ۱: سطوح سرمی Ox-LDL.

[#] تفاوت معنی‌دار در مقایسه با گروه وزن طبیعی (P < ۰/۰۵)



نمودار ۲: سطوح سرمی آمیلوئید A.

*تفاوت معنی‌دار در مقایسه با گروه وزن طبیعی؛ #تغییر معنی‌دار نسبت به پیش از فعالیت (p = ۰/۰۵)

جدول ۲: رابطه Ox-LDL و SAA با عوامل ترکیب بدن و چربی‌های خون پیش از فعالیت استقامتی

TChol	HDL-c	BMI	WHR	درصد چربی		
r=۰/۲۵۹	r=-۰/۳۸۶	r=۰/۵۹۸	r=۰/۳۴۳	r=۰/۲۳۱	چاق	Ox-LDL
P=۰/۴۵۵	P=۰/۱۷۸	*P=۰/۰۴۶	P=۰/۲۰۷	P=۰/۵۷۶		
r=۰/۴۰۲	r=-۰/۲۲۹	r=۰/۲۶۱	r=۰/۱۶۷	r=۰/۴۵۹	وزن طبیعی	
P=۰/۱۲۷	P=۰/۵۳۳	P=۰/۴۷۳	P=۰/۶۴۸	P=۰/۱۷۴		
r=۰/۳۱۳	r=-۰/۲۸۱	r=۰/۷۲	r=۰/۳۸۷	r=۰/۱۷۶	چاق	SAA
P=۰/۲۶۴	P=۰/۴۶۱	*P=۰/۰۲۳	P=۰/۲۲۹	P=۰/۶۱۲		
r=۰/۴۹۱	r=-۰/۵۰۲	r=۰/۶۷۴	r=۰/۲۷۸	r=۰/۳۶۶	وزن طبیعی	
P=۰/۰۹۴	P=۰/۰۷۲	*P=۰/۰۳۹	P=۰/۴۰۱	P=۰/۱۹۹		

*رابطه معنی‌دار با آزمون همبستگی پیرسون

که سطح CRP اندازه‌گیری شده بود، تفاوت معنی‌داری در عامل التهابی مذکور بین افراد دارای کلسترول بالا با افراد دارای کلسترول طبیعی مشاهده گردید. همچنین نشان دادند OX-LDL پس از فعالیت ورزشی در هر دو گروه افراد مبتلا فشارخون بالا و افراد دارای فشارخون طبیعی افزایش یافت؛ اما تنها در گروهی که هم پرفشار خونی و هم کلسترول بالا داشتند، این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود.

در پژوهش حاضر بین SAA و OX-LDL با نمایه توده بدن همبستگی معنی‌داری مشاهده شد. در مطالعه‌ای [۸] رابطه شاخص‌های التهابی با سندرم متابولیک و نمایه توده بدن در بزرگسالان مورد مطالعه قرار گرفت. یافته‌های این تحقیق نشان می‌داد که غلظت SAA در افراد مبتلا به سندرم متابولیک در مقایسه با افراد کنترل بیشتر است. در این مطالعه، بین SAA با نمایه توده بدن، ارتباط معنی‌داری وجود داشت. در مطالعه دیگری [۲۵] که به صورت متاآنالیز (۲۰۱۰) انجام شد، ارتباط قوی بین نمایه توده بدن و سطوح SAA در یازده تحقیق که به صورت مقطعی انجام شده بود، مشاهده شد. همچنین چند مطالعه آینده‌نگر در این پژوهش مورد تجزیه تحلیل آماری قرار گرفت و تفاوت معنی‌دار بین سطوح SAA پیش و پس از برنامه کاهش وزن نشان می‌داد. یافته‌های ژائو^۳ و همکاران [۲۵] رابطه چاقی با SAA را مورد تایید قرار داده است. نتایج پژوهش حاضر نیز رابطه مستقیم نمایه توده بدن با SAA را نشان می‌دهد.

شواهد پژوهشی ارتباط چاقی با OX-LDL را تایید کرده‌اند [۲۷،۲۶]. نجاجو^۴ و همکاران (۲۰۰۹) رابطه را بین OX-LDL و چاقی نشان دادند [۲۵]. وینبرنر^۵ و همکاران (۲۰۰۶) در یک مطالعه مقطعی، رابطه بین اندازه دور کمر و نمایه توده بدن با OX-LDL و عامل التهابی CRP را در زنان و مردان مطالعه کردند و رابطه بالایی را بین متغیر نمایه توده بدن با هر دو متغیر OX-LDL و عامل التهابی CRP گزارش کردند [۲۷]. مشخص شده است که چاقی با افزایش استرس اکسیداتیو و کاهش دفاع

SAA بالاتر از گروه وزن طبیعی بود. مطالعات بیان کرده‌اند که OX-LDL و SAA از عوامل ایجاد کننده بیماری آتروسکلروز هستند [۱، ۲، ۳ و ۱۵]. به‌ویژه، LDL اکسایشی در مسدود کردن فضای شریان‌ها و آسیب رساندن به آنها نقش دارد [۱۷]. گزارش شده است که استرس اکسیداتیو ناشی از پاسخ حاد فعالیت ورزشی، منجر به افزایش سطح سرمی OX-LDL در گردش خون می‌شود [۱۸]. مطالعات، افزایش استرس اکسیداتیو را در پاسخ به یک وهله فعالیت ورزشی هوازی در افراد تمرین نکرده نشان داده‌اند [۱۹، ۱۵]. اجرای تمرینات ورزشی به طور منظم در درازمدت می‌تواند این آثار را با افزایش فعالیت آنزیم‌های آنتی‌اکسیدانسی و کاهش تولید اکسیدان‌ها معکوس نماید. با این حال، اطلاعات محدودی در ارتباط با پاسخ حاد فعالیت ورزشی به وضعیت فشار اکسیداتیو و عامل التهابی SAA در افراد چاق با فشارخون خفیف که از دارو استفاده نمی‌کنند، وجود دارد. در مطالعه حاضر این موضوع مورد بررسی قرار گرفته است. مطالعاتی که تأثیر فعالیت ورزشی بر سطوح SAA خون را مورد بررسی قرار داده‌اند، اندک هستند. از طرفی، این پژوهش‌ها [۲۰-۲۲] غالباً اثر بلندمدت فعالیت بدنی را بر سطوح در گردش SAA مورد پژوهش قرار داده‌اند. کتانی^۱ و همکاران (۲۰۰۹) در یک پژوهش مداخله‌گر، اثر تعدیل سبک زندگی بر سطح SSA-LDL را که به عنوان نشانگر جدید افزایش OX-LDL به کار می‌رود در افراد دارای کلسترول تام بالا ارزیابی نمودند. آنها گزارش کردند که پس از اجرای یک برنامه ترکیبی فعالیت ورزشی به همراه رژیم غذایی به مدت ۶ ماه، نمایه توده بدن و همچنین کلیه اجزای سندرم متابولیک کاهش و میزان HDL افزایش یافته بود. یافته‌های این پژوهش نشان می‌داد که پس از اجرای پروتکل مذکور غلظت SSA به طور معنی‌داری کاهش یافت و این کاهش با کاهش نمایه توده بدن رابطه مثبت داشت [۲۳]. کاپارویک^۲ و همکاران (۲۰۰۹) اثر حاد فعالیت ورزشی بر چربی‌های آتروژنیک را در مردان مبتلا به پرفشاری خون خفیف که دارو مصرف نمی‌کردند، مورد مطالعه قرار دادند [۲۴]. در این پژوهش

3-Zhao

4-Njajou

5-Weinbrenner

1-Kotani

2-Caparevic

آنتی‌اکسیدان‌تی در وضعیت استراحت همراه است [۱۹]. از آنجایی که افراد چاق در مقایسه با افراد وزن طبیعی دفاع آنتی‌اکسیدان‌تی پایین‌تری دارند؛ بنابراین بیشتر در معرض حمله رادیکال‌های آزاد قرار دارند. همچنین در افراد چاق منابع پراکسیداسیون لیپیدی (مانند کلسترول و تری‌گلیسیرید) در مقادیر بالاتری وجود دارد. سطوح چربی بالاتر در افراد چاق، تولید رادیکال‌های آزاد را درون سلول‌ها بیشتر از حد طبیعی، تحریک می‌کند [۱۹]. مجوریدیس^۱ و همکاران (۲۰۰۷) نشان دادند که پاسخ حاد ناشی از یک وهله ورزش هوازی منجر به بروز استرس اکسیداتیو بالاتر در افراد چاق می‌شود [۱۹]. مطالعه حاضر نیز هم راستا با پژوهش‌های پیشین است و اهمیت ارزیابی پراکسیداسیون چربی در ورزش را نشان داد.

نتیجه‌گیری

به طور کلی یافته‌ها نشان داد OX-LDL و SAA در پاسخ به یک جلسه فعالیت استقامتی به‌طور حاد افزایش می‌یابد و این افزایش تحت تأثیر نمایه توده بدن نیز قرار دارد. بر این اساس، به منظور پیشگیری از پراکسیداسیون چربی بالا و افزایش التهاب در هنگام ورزش، توصیه می‌شود که نیمرخ چربی‌ها در افراد مبتلا به سندروم متابولیک اصلاح شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله پژوهشگران از کلیه آزمودنی‌ها به خاطر همکاری مطلوبشان تشکر می‌نمایند.

References

1. Vakili T, Eftekhari E, NouroozZadeh J, Khademvatan K, SalaryLak S, Inter-relationships between inflammatory biomarkers and severity of angiographically verified coronary artery occlusion, *J Birjand Univ Med Sci* 2013; 20: 288-94.
2. Kontush A, Chapman MJ. Antiatherogenic small dense HDL guardian angel of the arterial wall? *Nat Clin Pract Cardiovasc Med* 2006; 3: 144-53.
3. Tannock LR, O'Brien KD, Knopp RH, Retzlaff B, Fish B, Wener MH, "et al", Cholesterol feeding increases C reactive protein and serum amyloid A levels in lean insulin-sensitive subjects, *Circulation* 2005; 111: 3058-62.
4. Hoffmeister A, Rothenbacher D, Bazner U, Frohlich M, Brenner H, Hombach V, "et al", Role of novel markers of inflammation in patients with stable coronary heart disease, *Am J Cardiol* 2001; 87: 262-6.
5. Torres JL, Ridker PM, Clinical use of high sensitivity C-reactive protein for the prediction of adverse cardiovascular events, *Curr Opin Cardiol*. 2003; 18: 471-8.
6. Bickel C, Rupprecht HJ, Blankenberg S, Espinola-Klein C, Schlitt A, Rippin G, "et al", Relation of markers of inflammation (C-reactive protein, fibrinogen, von Willebrand factor, and leukocyte count) and statin therapy to long-term mortality in patients with angiographically proven coronary artery disease, *Am J Cardiol* 2002; 89: 901-8.
7. Lin CC, Kardias SL, Li CI, Liu CS, Lai MM, Lin WY, "et al", The relationship of high sensitivity C-reactive protein to percent body fat mass, body mass index, waist-to-hip ratio, and waist circumference in a Taiwanese population, *BMC Public Health* 2010; 10: 579.
8. Hosseinpour-Niazi S, Alamdari SH, Mirmiran P, Hoseeini-Esfahani F, Azizi F, Inflammatory markers, the metabolic syndrome and body mass index in adults, *Iranian J Endo Metab* 2013; 15: 237-43.
9. Hjelstuen A, Anderssen SA, Holme I, Seljeflot I, Klemsdal TO, Markers of inflammation are inversely related to physical activity and fitness in sedentary men with treated hypertension, *Am J Hypertens* 2006; 19: 669-75.
10. Van Lenten BJ, Hama SY, de Beer FC, Stafforini DM, McIntyre TM, Prescott SM, "et al", Anti-inflammatory HDL becomes pro-inflammatory during the acute phase response: loss of protective effect of HDL against LDL oxidation in aortic wall cell cocultures, *J Clin Invest* 1995; 96: 2758-67.
11. Benditt EP, Eriksen N, Amyloid protein SAA is associated with high density lipoprotein from human serum, *Proc Natl Acad Sci USA* 1977; 74: 4025-8.
12. Karandish M, Rahideh ST, Zand-Moghaddam A, Haghhighizadeh MH, Effect of vitamin C supplementation on oxidative stress markers following 30 minutes moderate intensity exercise in healthy young women, *Iranian J Endo Metab* 2008; 10: 127-32.
13. Berliner JA, Navab M, Fogelman AM, Frank JS, Demer LL, Edwards PA, Watson AD, Lusis AJ, Atherosclerosis basic mechanisms: oxidation, inflammation and genetics, *Circulation* 1995; 91: 2488-96.
14. Liao F, Lusis AJ, Berliner JA, Fogelman AM, "et al", Serum amyloid A protein family: differential induction by oxidized lipids in mouse strains, *Arterioscler Thromb* 1994; 14: 1475-1479.
15. Xia X, Ling W, Ma J, Xia M, Hou M, Wang Q, "et al", An anthocyanin-rich extract from black rice enhances atherosclerotic plaque stabilization in apolipoprotein E deficient mice, *J Nutr* 2006; 136: 2220-5.
16. Belviranli M, Gokbel H. Acute exercise induced oxidative stress and antioxidant changes, *Eur J Gen Med* 2006; 3: 126-31.
17. Kotani K, Satoh N, Yamada T, Gugliucci A, The potential of serum amyloid A-LDL as a novel biomarker for cardiovascular disease risk, *Clinical Lipidology* 2010; 5: 489-95
18. Leaf DA, Kleinman MT, Hamilton M, Deitrick RW, The exercise induced oxidative stress paradox: the effects of physical exercise training, *Am J Med Sci* 1999; 317: 295-300.
19. Majuridis I, Siomos T, Argiriou M, Michailidis I, Margonis K, Douroudos I, "et al", Oxidative stress responses following acute exercise: the effect of fatness level, 12th Annual Congress of the ECSS. 2007 July, 11-14, Jyväskylä, Finland.

20. Astengo M, Dahl A, Karlsson T, Mattsson-Hultén L, Wiklund O, Wennerblom B, Physical training after percutaneous coronary intervention in patients with stable angina: effects on working capacity, metabolism and markers of inflammation, *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2010; 17: 349-54.
21. Campbell PT, Campbell KL, Wener MH, Wood BL, Potter JD, McTiernan A, Ulrich CM, A yearlong exercise intervention decreases CRP among obese postmenopausal women, *Med Sci Sports Exerc* 2009; 41: 1533-9.
22. Tisi PV, Hulse M, Chulakadabba A, Gosling P, Shearman CP, Exercise training for intermittent claudication: does it adversely affect biochemical markers of the exercise-induced inflammatory response? *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1997; 14: 344-50.
23. Kotani K, Satoh N, Kato Y, Araki R, Koyama K, Okajima T, “ et al” , A novel oxidized low-density lipoprotein marker, serum amyloid A-LDL is associated with obesity and the metabolic syndrome, *Atherosclerosis* 2009; 204: 526-31.
24. Caparevic Z, Kostic N, Celic V, Cosic Z, Marina D, Ilic S, “ et al” , Effects of acute exercise on atherogenic lipids in untreated mild hypertensive patients, *Vojnosanit Pregl* 2009; 66: 313-18.
25. Zhao Y, He X, Shi X, Huang C, Liu J, Zhou S, Heng CK, Association between serum amyloid A and obesity: a meta-analysis and systematic review, *Inflamm Res.* 2010; 59: 323-34.
26. Njajou OT, Kanaya AM, Holvoet P, Connelly S, Strotmeyer ES, Harris TB, “et al”, Association between oxidized LDL, obesity and type 2 diabetes in a population-based cohort, the Health, Aging and Body Composition Study, *Diabetes Metab Res Rev* 2009; 25: 733-9.
27. Weinbrenner T, Schröder H, Escurriol V, Fito M, Elosua R, Vila J, “ et al” , Circulating oxidized LDL is associated with increased waist circumference independent of body mass index in men and women, *Am J Clin Nutr* 2006; 83: 30-5.

Acute effect of endurance training on amyloid A and oxidized LDL levels in obese men

Mehrabani J¹*, SaeidiZiabari T¹, Mehrabani F¹, Jorbonian A¹

¹Department of Exercise Physiology, University of Guilan, Rasht, Iran

*Corresponding Author: University of Guilan, Rasht, Iran

Email: mehrabanij@gmail.com

Abstract

Background & objectives: Obesity and inflammatory markers such as amyloid A (SAA) and oxidized LDL (Ox-LDL) are the leading causes of cardiovascular diseases. Physical activity has a positive effect in reducing the risk factors of these diseases. The aim of present study was to investigate the role of one session endurance exercise on cycle ergometer on serum amyloid A and Ox-LDL in the obese and normal weight young men.

Material and Methods: Twenty two male students were participated and divided into two groups: normal weight (n=12; mean±SD of age 25.12±1.42 yrs, weight 69.91±2.75 kg and height 173.04±2.75 cm) and obese (n=10; age 26.45±1.39 yrs, weight 91.15±7.40 kg and height 173.6±3.6 cm). The exercise protocol involved one session pedaling exercise on cycle ergometer with the intensity of 65% of VO₂max for 60 minutes. Blood samples were gathered before and after completion of the exercise protocol. SAA and Ox-LDL levels were measured by ELISA method.

Results: The U Man Whitney test showed that the Ox-LDL levels in obese group were higher than that in the normal weight group after exercise (P 0.05). In obese group, levels of SAA were higher than that in the normal weight group after exercise (P 0.05). Paired t test showed SAA levels in both groups were significantly increased in comparison with the pre-exercise (P 0.05). In both groups, a significant correlation was found between SAA and BMI, and in the obese group between Ox-LDL and BMI (P 0.05).

Conclusions: A single bout endurance exercise increased the levels of SAA and OX-LDL, and it seems that these changes affect higher body mass and exercise-induced acute inflammation.

Keywords: obesity, endurance exercise, acute inflammatory response, amyloid A, oxidized LDL