

اثر هشت هفته تمرین هوازی و تناوبی بر فاکتور رشد شبه انسولینی و پروفایل لیپیدی در مردان سالمند

نگین کردی (MSc)^{۱*}، فرید پاکزاد حسنلو (MSc)^۲، زهرا عرب طاهری (MSc)^۳

۱-دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران
۲-دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
۳-دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران

دریافت: ۹۷/۸/۱۰، اصلاح: ۹۷/۸/۲۴، پذیرش: ۹۷/۸/۲۹

خلاصه

سابقه و هدف: افزایش نیمرخ لیپیدی و عامل رشد شبه انسولینی یکی از عوامل خطرزا در دوران سالمندی است. افزایش یا کاهش عامل رشد شبه انسولینی سرم می تواند به عنوان عاملی در جهت تقویت و یا کاهش عملکرد دستگاه قلبی عروقی محسوب شود. هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثر هشت هفته تمرین هوازی و تناوبی بر IGF-1 و پروفایل لیپیدی در مردان سالمند بود.

مواد و روش ها: تعداد ۳۰ نفر از افراد سالمند با دامنه سنی ۵۵-۷۰ سال به صورت تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. افراد با توجه به گروهی که داشتند، در برنامه تناوبی شدید در هر جلسه دو زمان ۱۰ دقیقه ای (۱۵ ثانیه فعالیت با ۱۰۰ درصد درون ده اوج توان و ۱۵ ثانیه استراحت غیرفعال و ۴ دقیقه استراحت بین دو نوبت ۱۰ دقیقه ای) و تداومی (۲۰ الی ۲۵ دقیقه تمرین طولانی با شدت متوسط) به مدت هشت هفته تمرین نمودند. نمونه های خونی به منظور ارزیابی IGF-1 و پروفایل لیپیدی جمع آوری شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها، از آزمون تحلیل واریانس یک سویه و از آزمون تعقیبی Tukey جهت تعیین محل تفاوت استفاده شد. کلیه تحلیل های آماری در سطح $(p < 0.05)$ انجام گردید. **یافته ها:** نتایج این تحقیق نشان داد مقدار IGF-1 در هر دو گروه تمرینی نسبت به گروه کنترل کاهش معنی دار داشته است $(p < 0.05)$ ولی این تغییرات بین گروه های تمرینی تغییر معنی داری نداشت $(p > 0.05)$. همچنین تمرینات ورزشی باعث کاهش معنی دار LDL و TG و افزایش معنی دار در HDL شد $(p < 0.05)$. **نتیجه گیری:** با توجه به یافته های این پژوهش، به نظر می رسد ۸ هفته تمرین هوازی و تناوبی با کاهش IGF-1، LDL و TG و افزایش HDL بر نحوه عملکرد دستگاه قلبی عروقی اثر مفیدی داشته و از بروز بیماری های قلبی و عروقی در سالمندان جلوگیری می نماید. **واژه های کلیدی:** تمرین هوازی، تمرین تناوبی، فاکتور رشد شبه انسولینی، پروفایل لیپیدی، مردان سالمند.

مقدمه

یکی از مشکلات اساسی که جامعه جهانی از جمله ایران را نگران کرده، چگونگی تأمین و حفظ تندرستی افراد سالمند است. برآوردها حاکی از آن است که تا سال ۲۰۳۰ میلادی جمعیت سالمندان در دنیا از ۹ درصد به ۱۶ درصد و در ایران از ۵/۶ درصد به ۱۷/۵ درصد افزایش خواهد یافت (۱). از جمله مشکلات دوران سالمندی، بیماری های مختلفی است که منجر به ناتوانی و مرگومیر می شوند. مهم ترین علت بیماری های عروق کرونری، آترواسکلروز (Arteriosclerosis) است. احتمال ابتلا به بیماری های آترواسکلروز با افزایش یافتن چربی های پلاسما و عواملی همچون سن، جنس، پرداختن یا عدم پرداختن به ورزش، نژاد و رژیم غذایی رابطه مستقیمی دارد (۳،۲). افزایش یا کاهش عامل رشد شبه انسولینی (IGF-1) سرمی می تواند به عنوان عاملی در جهت تقویت و یا کاهش عملکرد دستگاه قلبی عروقی محسوب شود (۴). IGF-1 یک پپتید کوچک است و دو مکانیزم عمده برای تنظیم آن وجود دارد: الف- IGF-1 که در کبد ساخته می شود به داخل خون ترشح شده و تحت تنظیم هورمون رشد است. ب- IGF-1 پاراکرین/پاراکین که در بافت های محیطی مانند استخوان ساخته می شود و ساخت آن تحت کنترل هورمون رشد و دیگر

فاکتورهایی است که به طور موضعی توسط سلول های اطراف ترشح می شوند. (۲). Li و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه ای به این نتیجه رسیدند که سطوح هورمون رشد و عامل رشد شبه انسولین نوع ۱ می توانند در حفظ و نگهداری وضعیت طبیعی قلب مورد استفاده قرار بگیرند و در صورت کاهش این دو فاکتور احتمال ابتلا به بیماری های قلبی عروقی بیشتر می شود (۲). در مطالعه ای گزارش شده است تحریک گیرنده های IGF-1 به فسفوریلاسیون گیرنده های بتا در نرژیک منجر شده و ممکن است کاهش مرتبط با سن در فعالیت بتا در نرژیک را معکوس نماید (۴)؛ بنابراین، این احتمال وجود دارد که هورمون رشد مستقیماً یا از طریق IGF-1 بر قلب تأثیر گذارد و عملکرد میوکاردیال را در حیوانات مسن در پاسخ به بیماری های ویژه ای که دستگاه قلبی عروقی را تحت تأثیر قرار می دهد بهبود دهد (۵). پایین بودن میزان IGF-1 در پلاسما با کاهش عملکرد اندوتلیوم ارتباط زیادی دارد و اختلال عمل اندوتلیوم نخستین گام در روند آترواسکلروز است (۴). برخی مطالعات ارتباط مثبتی بین IGF-1 و آترواسکلروز گزارش کردند (۵). برعکس برخی از تحقیقات دیگر موفق به تایید این یافته نشدند (۳). Chisalita و همکاران (۲۰۱۱) طی مطالعه ای بر روی ۸۵۱ مرد ۶۶-۸۱ ساله، به این نتیجه رسیدند که به واسطه افزایش یافتن سطوح IGF-1، میزان مرگومیر بیماران

لازم برای شروع فعالیت بدنی را داشتند. این موارد با استفاده از پرسشنامه آمادگی فعالیت بدنی (PARQ) و پرسشنامه پیشینه پزشکی مورد ارزیابی قرار گرفت. کلیه شرکت کنندگان اطلاعات مکتوب در خصوص پژوهش که حاوی فواید و خطرات احتمالی بود را دریافت و پس از مطالعه، رضایت نامه کتبی را امضا نمودند. همچنین افرادی که بیش از ۳ جلسه غیبت پی درپی داشتند و یا دچار آسیبی شدند که از ادامه کار در تحقیق با نظر پزشک منع شدند از تحقیق خارج شدند. کلیه مراحل این تحقیق زیر نظر پزشک متخصص و متخصصان فیزیولوژی ورزشی انجام شد. آزمودنی ها به صورت تصادفی به سه گروه تمرین هوازی ($n=0$)، تمرین تناوبی ($n=10$) و گروه کنترل ($n=0$) تقسیم شدند. آزمودنی ها در یک جلسه با نحوه انجام فعالیت ورزشی آشنا شدند.

اطلاعات مربوط به تحقیق به صورت میدانی و آزمایشگاهی گردآوری شد. قبل از شروع تمرین و ۴۸ ساعت بعد از آخرین جلسه تمرینی قد (قد سنج سکا با حساسیت ۵ میلی متر)، وزن (ترازوی سکا با حساسیت ۱۰۰ گرم)، شاخص توده بدن (BMI) با استفاده از فرمول مربوط (وزن برحسب کیلوگرم / مجذور قد برحسب متر)، MET، محیط دور باسن، نسبت دور کمر به دور باسن (WHR) (با متر نواری) و درصد چربی آزمودنی ها (به روش سه نقطه ای، سه سربازو، روی ران و فوق خاصره و با استفاده از کالیپر بیس لاین ساخت کشور آمریکا) اندازه گیری شد.

تمرینات ورزشی: آزمون استرس ورزشی به روش بروس تعدیل شده (جهت تعیین مدت زمان تحمل ورزش، HRR، METs) انجام شد و MET این آزمودنی ها $6/5 \pm 0/85$ بود و همچنین ضربان قلب آزمودنی ها حین تمرین با استفاده از دستگاه ضربان سنج پلار دستی کنترل می شد. برای تعیین برونده توان اوج، ابتدا به منظور گرم کردن، افراد ۱۰ دقیقه با توان ۲۰ وات رکاب زدند، سپس، مقاومت اولیه بر روی ۶۰ وات تنظیم و هر دقیقه ۱۵ وات اضافه شد. معیار توقف تست و ماندگاری ارادی، ناهنجاری معنی دار در ECG (افت قطعه ST بیش از ۲ میلی متر، یا پاسخ غیرطبیعی فشارخون) بود. توان تمرینی آخرین مرحله از فعالیت به عنوان برونده اوج توان در نظر گرفته شد و برنامه تمرینی بر اساس درصدی از برونده اوج توان برنامه ریزی شد. گروه تناوبی در هر جلسه دو زمان ۱۰ دقیقه ای (۱۵ ثانیه فعالیت با ۱۰۰ درصد برونده اوج توان و ۱۵ ثانیه استراحت غیرفعال و ۴ دقیقه استراحت بین دو نوبت ۱۰ دقیقه ای) به فعالیت پرداخته و گروه تداومی به مدت ۲۵ تا ۳۰ دقیقه با ۷۰ درصد برونده اوج توان به فعالیت پرداخت (۱۵). برنامه تمرینی به مدت هشت هفته و سه جلسه در هر هفته انجام شد.

شاخص های بوشیمیایی: پس از ۱۲ ساعت ناشتایی شبانه آزمودنی ها رأس ساعت ۹ صبح در محل آزمایشگاه تخصصی حضور یافتند و نمونه خون اولیه به میزان ۵ سی سی (CC) از ورید قدامی بازویی توسط متخصصین خون گیری آزمایشگاه از آن ها گرفته شد. سپس نمونه خون سانتریفوژ شده و نمونه سرمی آن جدا و برای آنالیز در دمای -70°C درجه سانتی گراد نگهداری شد. پس از جمع آوری داده های اولیه، برنامه تمرین هوازی و تناوبی به مدت ۸ هفته در محل سالن ورزشی آغاز شد. بعد از اتمام دوره تمرین، پس از ۴۸ ساعت از آخرین جلسه تمرین مجدداً اندازه گیری های آنروپومتریکی و آزمایشگاهی در شرایط و زمان آزمون های اولیه و با همان ابزار توسط محقق و متخصص آزمایشگاه انجام پذیرفت. برای اندازه گیری غلظت IGF-1 با استفاده از کیت Mediagnost ساخت کشور آلمان، حساسیت $0/1$ نانوگرم در میلی لیتر، با به کارگیری روش الایزا

قلبی عروقی بالا می رود (۶)؛ اما از سوی دیگر برخی از پژوهش ها مؤید این است که IGF-1 اثر محافظتی در بیماران قلبی عروقی دارد (۵،۷). Stanimirovic و همکاران (۲۰۱۸) بیان کردند که IGF-1 باعث کاهش پاسخ های التهابی عروقی، فشار اکسایشی عمومی و عروقی و کاهش پیشرفت پلاکت های آترواسکلو تیک را در قلب موش های آزمایشگاهی می شود (۸). Pap و همکاران (۲۰۱۳) در مطالعه ای بر روی افراد سالم و بدون هیچ گونه سابقه بیماری قلبی عروقی، دریافتند بین شیوع بیماری های قلبی عروقی و سطح IGF-1 هیچ رابطه ای وجود ندارد (۳). از طرفی افزایش چربی خون از نگرانی های عمده دست اندکاران سلامت جامعه می باشد و یکی از شایع ترین اختلالات لیپیدی در افراد، بالا بودن تری گلیسرید (TG) و لیپوپروتئین پر چگال (HDL) یکی از قوی ترین عوامل جلوگیری کننده بیماری های قلبی عروقی به شمار می رود (۹). بر اساس تحقیقات مختلف این امر مشخص شده است که افزایش چربی های مضر خون از قبیل لیپوپروتئین کم چگال (LDL)، تری گلیسرید و کلسترول تام (TC) و کاهش در میزان چربی های مفید مانند لیپوپروتئین پر چگال از مهم ترین عوامل خطر زای مبتلا به بیماری های قلبی عروقی است (۹).

اگرچه پیشرفت هایی در زمینه مدیریت بیماری عروق کرونر قلب برای بسیاری از بیماران ارائه شده اما بازهم خطر بیماری عروق کرونر قلب در بسیاری از افراد با افزایش روبرو است. تعدیل شیوه زندگی به وسیله افزایش فعالیت بدنی یکی از روش های مؤثر در کنترل سلامتی به شمار می آید (۱۰). تصور بر این است که اجرای فعالیت ورزشی از طریق افزایش HDL، کاهش LDL، TG، کاهش وزن، بهبود شاخص های قلبی - عروقی (۱۰،۱۱) و کاهش استرس اکسایشی (۱۲) موجب بهبود کیفیت زندگی می شود (۱۳). حسینی و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی به کاهش LDL، TG بعد از یک دوره تمرین هوازی در افراد سالمند رسیدند (۱۴). طبق نتایج تحقیقات پیشین، عامل رشد شبه انسولین نوع ۱ و نیم رخ های لیپیدی نقش مهمی در بیماری آترواسکروز دارند، لذا برای به حداقل رساندن فواید سلامتی - بهداشتی بسیار ارزشمند است. با توجه به اهمیت مقدار IGF-1 و نیم رخ های لیپیدی در افراد سالمند و نامعلوم بودن اثر تمرین هوازی و تناوبی بر این فاکتورها، این پژوهش با هدف تعیین اثر هشت هفته تمرین هوازی و تناوبی بر IGF-1 و پروفایل لیپیدی در مردان سالمند انجام شد.

مواد و روش ها

انتخاب نمونه: تحقیق حاضر دارای دو گروه تمرین هوازی و تناوبی و یک گروه کنترل با طرح پیش آزمون و پس آزمون می باشد. جامعه آماری این پژوهش را مردان سالمند سالم شهرستان اراک تشکیل دادند. با استفاده از فراخوان از افراد سالمند واجد شرایط برای شرکت در تحقیق حاضر دعوت به همکاری شد. از بین ۱۰۰ نفر از افراد مراجعه کننده، ۳۰ نفر بر اساس شاخص های ورود به تحقیق و به صورت هدفمند انتخاب و در بیمارستان امیرکبیر شهرستان اراک مشغول به تمرین شدند. افرادی معیار ورود به تحقیق را داشتند که دارای میانگین سن ۵۵-۷۰ سال بوده، در انجام کارهای روزانه خود مستقل بودند، بیماری خاص (مانند بیماری های قلبی و عروقی، فشارخون بالا، دیابت، بیماری های کلیوی) یا سابقه فعالیت بدنی منظم نداشتند، سیگار نمی کشیدند، از هورمون درمانی استفاده نمی کردند، در شش ماه اخیر در هیچ برنامه ورزشی شرکت نمی کردند و آمادگی

یافته‌ها

ابتدا از آزمون Shapiro – Wilk برای بررسی طبیعی بودن داده‌ها استفاده شد. توزیع داده‌ها در هر گروه طبیعی بود. در جدول ۱ ویژگی‌های آنتروپومتریکی و فیزیولوژیکی آزمودنی‌ها در پس‌آزمون و پیش‌آزمون هر سه گروه آمده است. جدول ۲ غلظت شاخص‌های مختلف هورمونی و متابولیک در خون در پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد. مقدار IGF-1 در هر دو گروه تمرینی نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌دار داشته است ($p < 0.05$) ولی این تغییرات بین گروه‌های تمرینی تغییر معنی‌داری نداشت ($p < 0.05$). همچنین تمرینات ورزشی باعث کاهش معنی‌دار LDL و TG و افزایش معنی‌دار در HDL شد ($p < 0.05$).

به مرحله اجرا درآمد. اندازه‌گیری نیمرخ‌های لیپیدی شامل LDL, HDL, TG با استفاده از کیت شرکت پارس آزمون انجام شد.

روش آماری: برای توصیف داده‌های به‌دست‌آمده، برای هر یک از متغیرهای پژوهش، فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد مورد استفاده قرار گرفت. آزمون Shapiro – Wilk برای تعیین همگنی داده‌ها بکار گرفته شد. با توجه به طبیعی بودن توزیع داده‌ها، از آزمون t جفت شده برای تعیین تفاوت بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر گروه و از تحلیل واریانس یک‌سویه برای تعیین تفاوت بین گروه‌ها و در صورت معناداری F، از آزمون تعقیبی توکی (Tukey post hoc test) در سطح ۰/۰۵ استفاده شد. کلیه محاسبات آماری به‌وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام گرفتند.

جدول ۱. ویژگی‌های توصیفی و آنتروپومتریکی آزمودنی‌ها

متغیر	گروه‌ها		
	کنترل	تمرین تناوبی	تمرین هوازی
قد (سانتی‌متر)	۱۷۴/۴±۱/۵	۱۷۷/۲±۴/۱	۱۷۶/۱±۹/۱
وزن (kg)	۸۴/۵±۱۲/۳	۸۵±۹/۷	۸۸/۱±۱۰/۲
BMI(kg/m ²)	۲۷/۷۲±۲/۳	۲۷/۱۵±۳/۲۷	۲۹/۰۵±۲/۹
درصد چربی (%)	۲۷/۸±۰/۸	۲۷/۱±۱/۴	۲۸/۴±۱/۶
محیط دور کمر به دور باسن (سانتی‌متر)	۰/۸۸±۰/۰۲	۰/۸۸±۰/۰۱	۰/۸۸±۰/۰۱
MET	۶/۹±۰/۵۴	۶/۴±۰/۹۴	۶/۶±۰/۷۶

جدول ۲. غلظت شاخص‌های مختلف هورمونی و متابولیک در خون در پیش‌آزمون و پس‌آزمون (میانگین و انحراف استاندارد)

متغیر	گروه‌ها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	اختلاف میانگین‌ها	مقدار P
IGF-1 (نانوگرم بر میلی‌لیتر)	گروه کنترل	۴۱۹/۴۲ ± ۳۹/۳۴	۴۲۲/۱۲ ± ۵۹/۳۱	۲/۷۷ ± ۱/۶۲	۰/۸۳
	گروه تمرین تناوبی	۴۲۸/۳۱ ± ۴۶/۳۸	۳۱۹/۴۲ ± ۵۹/۶۷	-۱۰۸/۸۹ ± ۳/۲۱	۰/۰۰
	گروه تمرین هوازی	۴۱۱/۵۹ ± ۴۹/۸۳	۳۵۲/۷۷ ± ۴۳/۲۲	-۵۸/۸۲ ± ۴/۲۲	۰/۰۲
تری گلسیرید (میلی‌گرم بر دسی‌لیتر)	گروه کنترل	۱۸۱/۴۶ ± ۲۲/۱۱	۱۷۹/۵۳ ± ۳۴/۲۲	-۱/۹۳ ± ۰/۸	۰/۹۱
	گروه تمرین تناوبی	۱۸۲/۳۶ ± ۳۴/۱۸	۱۲۶/۴۱ ± ۲۸/۷۱	-۵۵/۹۵ ± ۳/۴۶	۰/۰۰
	گروه تمرین هوازی	۱۷۶/۳۲ ± ۴۳/۶۱	۱۳۱/۷۲ ± ۲۵/۴۴	-۴۴/۶۲ ± ۲/۲۲	۰/۰۰
LDL (میلی‌گرم بر دسی‌لیتر)	گروه کنترل	۱۳۲/۶۶ ± ۲۱/۱۱	۱۲۸/۱۱ ± ۳۲/۷۴	-۴/۵۵ ± ۱/۳۳	۰/۸۸
	گروه تمرین تناوبی	۱۴۳/۳۶ ± ۲۷/۱۸	۱۰۵/۷۱ ± ۳۱/۹۱	-۳۷/۶۵ ± ۳/۹۶	۰/۰۰
	گروه تمرین هوازی	۱۴۱/۲۱ ± ۲۶/۱۹	۱۱۱/۴۹ ± ۲۷/۵۱	-۲۹/۷۲ ± ۰/۰۹	۰/۰۴
HDL (میلی‌گرم بر دسی‌لیتر)	گروه کنترل	۳۹/۳۶ ± ۵/۱۸	۴۰/۷۱ ± ۴/۱۳	۱/۳۵ ± ۰/۷۱	۰/۹۱
	گروه تمرین تناوبی	۴۰/۱۳ ± ۴/۶۶	۴۸/۵۲ ± ۴/۷۱	۸/۳۹ ± ۰/۶	۰/۰۲
	گروه تمرین هوازی	۳۹/۶۴ ± ۶/۳۳	۵۱/۰۹ ± ۴/۷۸	۱۱/۴۵ ± ۱/۵۴	۰/۰۰

※ نشان‌دهنده تغییرات معنی‌دار است

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه باهدف بررسی اثر هشت هفته تمرین هوازی و تناوبی بر سطح IGF-1 و نیمرخ لیپیدی مردان سالمند انجام شد و نتایج نشان داد که هشت هفته تمرین هوازی و تناوبی به میزان ۳ روز در هفته با شدت متوسط اثر معنی داری بر سطح و نیمرخ لیپیدی مردان سالمند دارد و همچنین کاهش IGF-1 در گروه های تمرینی بیشتر از گروه کنترل بود اما گروه های تمرینی باهم تفاوتی نداشتند.

گزارش های پیشین نشان داد که تغییرات معنی داری در عملکرد غدد درون ریز با افزایش سن صورت می گیرد. سطح هورمون های آنابولیک همچون تستوسترون، رشد، فاکتور رشد شبه انسولین، دهیدرواپی اندروسترون و استروژن با افزایش سن کاهش می یابد. با افزایش سن، هر ساله از توده عضلانی افراد کاهش پیدا می کند (۱۶،۱۷). از فاکتورهای مهم که در این کاهش سهم دارد IGF-1 می باشد. هنوز علت یا علل احتمالی کاهش میزان IGF-1 ناشناخته است؛ اما به نظر می رسد افزایش برداشت سرم، به دلیل شیب انتشار ایجاد شده (ناشی از افزایش جریان خون) به سمت برخی از بافت ها (به دلیل تأمین نیازمندی های فیزیولوژیکی) همچون مغز و عضلات باشد (۱۶،۱۷). از این رو به نظر می رسد محتمل ترین علت کاهش میزان IGF-1 سرم، از همین مسئله باشد. عوامل تعیین کننده کاهش IGF-1 سرم در پاسخ به تمرینات ورزشی به درستی شناخته نشده است. با این حال، اولین امکان سازوکار اصلی کاهش آزادسازی IGF-1 کبدی در پاسخ به هورمون رشد ناشی از تمرینات ورزشی است. هرچند تحقیقی نشان داد که کاهش در سطح IGF-1 سرم ناشی از تمرینات ورزشی وابسته به هورمون رشد نیست. چراکه هورمون رشد فقط در پاسخ به تمرینات شدید افزایش پیدا می کند (۱۸). احتمالاً بر اساس برخی تحقیقات افزایش یافتن سطوح IGF-1 سرمی منجر به بروز بیماری آترواسکلروزیس می شود (۱۹). به نظر می رسد اگر تمرینات ورزشی به مدت بیشتری انجام شود ممکن است IGF-1 را کاهش بیشتری داده و به عنوان عامل پیشگیری کننده در بروز این بیماری محسوب شود (۲۰). شعبانی و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهش خود عنوان کردند که تمرینات مقاومتی باعث افزایش IGF-1 در افراد سالمند می شود (۲۱). در مقاله Yeves و همکاران (۲۰۱۸)، از شدت آستانه و مدت فعالیت ورزشی به عنوان عوامل اصلی مؤثر بر واکنش هورمون ها از جمله هورمون رشد به ورزش نام برده شده است (۲۲). واکنش هورمونی به ورزش به چند عامل بستگی دارد (۲۲). با این حال عامل شدت آستانه به منظور تحریک هورمون مورد نظر اهمیت زیادی دارد و پس از آن، مدت تمرین ورزشی در اولویت است.

نتایج تحقیقات گزارش شده در مورد تأثیر فعالیت های ورزشی بر نیمرخ لیپیدی یکسان نیست. در همین زمینه، نتایج برخی تحقیقات با نتایج تحقیق حاضر همسو هست. به عنوان مثال در تحقیقی که توسط زر و همکاران (۱۳۹۴) باهدف بررسی یک دوره تمرین هشت هفته ای بر پروتئین واکشگر C، فیبرینوژن و نیمرخ لیپیدی مردان سالمند انجام شد، مشخص شد که هشت هفته تمرین هوازی موجب کاهش معنی دار VLDL و TG و افزایش معنی دار HDL گردید (۲۳). Aggarwala و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند که چهار هفته تمرین هوازی در مردان غیرفعال باعث کاهش معنی دار VLDL و TG شده، ولی تغییرات HDL و LDL معنی دار نبود (۲۴). Kannan و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه ای اثر شدت تمرین را بر نیمرخ لیپیدی مردان سالمند غیرفعال

بررسی کردند؛ نتایج مطالعه نشان داد که تمرینات با شدت متوسط و زیاد تأثیر معنی داری بر نیمرخ لیپیدی دارد و باعث کاهش معنی دار LDL و TG و افزایش معنی دار HDL می شود (۲۵). عواملی از قبیل طول دوره تمرین، ویژگی و نوع آزمودنی ها، نوع و شدت و مدت فعالیت و حتی هدف تحقیق (پاسخ و یا سازگاری) می تواند علتی برای توجیه همسویی و یا تناقض یافته های این تحقیق با سایر تحقیقات باشد. احتمالاً علت کاهش نیمرخ لیپیدی بعد از فعالیت ورزشی ناشی از مصرف زیاد انرژی آزمودنی ها و یا حجم زیاد تمرین باشد (۲۶). کاهش عوامل خطرزای نیمرخ لیپیدی پس از تمرینات ورزشی می تواند ناشی از افزایش سطوح لیپوپروتئین لیپاز و کاهش تری گلیسیرید لیپاز باشد (۲۵). به طور کلی تمرینات ورزشی باعث کاهش درصد چربی کل بدن، شاخص توده بدن و اندازه محیطی اندام ها می شود و بر میزان HDL، TG، LDL و کلسترول تأثیر بسزایی دارد (۲۷). البته به نظر می رسد که دلیل ناهمسو بودن نتایج بیشتر به اختلاف در روش شناسی پژوهش ها بستگی دارد. همچنین واضح است که فعالیت ورزشی منظم از طریق افزایش حساسیت گیرنده های بتا آدرنژیک بافت چربی و افزایش برداشت و اکسیداسیون چربی در عضلات منجر به افزایش لیپولیز می گردد (۲۸). سازگاری با تمرین از طریق افزایش حجم خون، کاهش غلظت خون و افزایش حداکثر اکسیژن مصرفی می تواند تأثیر مثبتی بر نیمرخ لیپیدی داشته باشد (۲۷). مطالعات نشان می دهد که HDL بیشتر از این که عالم متابولیکی است، نقش محافظتی دارد که با انتقال کلسترول از دیواره عروق به کبد و دفع آن ها در سلامت عروق و پیشگیری از گرفتگی آن ها موثر است (۲۹). تمرینات منظم ورزشی با افزایش لیپوپروتئین لیپاز، انتقال آن به اندوتلیال مویرگ، اتصالش به سطح لومن و تسریع تجزیه لیپوپروتئین های غنی از TG باعث افزایش انتقال ترکیبات سطحی به HDL می شود که این امر در درازمدت باعث افزایش HDL می شود (۲۹). به طور کلی ۸ هفته تمرین هوازی و تناوبی برای بهبود ترکیب بدنی و کاهش وزن افراد سالمند موثر است و به افزایش آمادگی جسمانی و سلامت افراد کمک می کند. همچنین با کاهش مقادیر IGF-1 و نیمرخ های لیپیدی می تواند باعث بهبود عملکرد دستگاه قلبی عروقی شود (۳۰).

از محدودیت های این تحقیق می توان به عامل وراثت و فعالیت بدنی آزمودنی ها در زمان های خارج از زمان تمرینات ورزشی اشاره نمود. لذا پیشنهاد می شود که مطالعات آتی به بررسی اثر تغییرات حجم و شدت تمرینات ورزشی بر IGF-1 و نیمرخ های لیپیدی سالمندانی پرداخته شود که در خانه سالمندان ساکن هستند و می توان تغذیه و فعالیت بدنی روزانه آن ها را همسان نمود. از آنجا که در این پژوهش مقدار IGF-1 و نیمرخ های لیپیدی کاهش یافته بود، آزمودنی ها احتمالاً از فواید مثبت هر دو نوع تمرین می توانند بهره مند شوند و این تحقیق می تواند انواع برنامه ورزشی منظم با رعایت احتیاط برای این قشر از افراد جامعه که دارای جمعیتی رو به افزایش هستند، به مراکز بهداشت و سلامت جامعه توصیه کند.

تقدیر و تشکر

محققین از تمامی شرکت کنندگان در تحقیق، صمیمانه نهایت تشکر و قدردانی را دارند.

Effect of eight-week aerobic and periodic exercises on IGF-1 and lipid profile in elderly men

N. Kordi (MSc) ^{*1}, F. Pakzad hasanlu(MSc)², Z. Arab Taheri(MSc)³

1.Department of Physical Education and Sport Science, Razi University, Kermanshah, I.R.Iran

2.Department of Physical Education and Sport Science, Tabriz University, Tabriz, I.R.Iran

3.Department of Physical Education and Sport Science, Alzahra University, Tehran, I.R.Iran

Caspian Journal of Health and Aging;3(2);Fall & Winter 2018-2019; PP:7-13

Received: Sep 1st 2018, Revised: Nov 15th 2018, Accepted: Nov 20th 2018.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Increasing of lipid profile and insulin-like growth factor (IGF-1) is one of the main risk factors in old age. Increase or decrease of IGF-1 can play an important role in strengthening or weakening the function of the cardiovascular system. The aim of this study was to investigate the effect of eight-week aerobic and periodic exercises on IGF-1 and lipid profile in elderly men.

METHODS: Totally, the 30 healthy elderly men aged 55-70 years old were randomly divided into three groups. They exercised for eight weeks based on their exercise program (high intensity of interval training twice a session for ten minutes: 15 seconds of activity with 100% maximal power output and 15 seconds of inactive rest, and continuous training: 20-25 minutes of long exercise with moderate intensity). Blood samples were collected to evaluate the IGF-1 and lipid profile. Data were analyzed using one-way variance analysis and Tukey's post hoc test to determine the difference. All statistical analyses were performed at $P \leq 0.05$.

FINDINGS: The results of this study showed that IGF-1 had a significant decrease in both exercise groups in comparison with the control group ($p < 0/05$). Nevertheless, these reductions were not significant between the exercise groups ($p > 0/05$). Likewise, the aerobic and periodic exercises led to a significant decrease in levels of LDL and TG and a significant increase in HDL levels ($P > 0.05$).

CONCLUSION: According to the results of this study, eight weeks of aerobic and periodic exercises have a beneficial effect on cardiovascular function and prevent atherosclerosis due to reducing IGF-1, LDL and TG and increasing HDL.

KEY WORDS: *Aerobic exercise, Periodic exercise, Insulin-like growth factor, lipid profile, elderly men.*

Please cite this article as follows:

Kordi N, Pakzad hasanlu F, Arab Taheri Z. Effect of eight-week aerobic and periodic exercises on IGF-1 and lipid profile in elderly men. CJHAA. 2019;3(2):7-13.

***Corresponding author: Negin Kordi (MSc)**

Address: Taghboostan, daneshgah street, Department of Physical Education and Sport Science, Razi University, Kermanshah, I.R.Iran.

Tel: +98 9106050540

E-mail: k_negin_69@yahoo.com

References

1. Statistical Center of Iran [Internet]. 2011 [Update 2019 Feb 24]; Available from: <https://www.amar.org.ir/Portals/1/Iran/3.pdf>.
2. Li Q, Wu S, Li S-Y, Lopez FL, Du M, Kajstura J, et al. Cardiac-specific overexpression of insulin-like growth factor 1 attenuates aging-associated cardiac diastolic contractile dysfunction and protein damage. *Am J Physiol Heart Circ Physiol*. 2007;292(3):1398-403.
3. Pap D, Čolak E, Majkić-Singh N, Grubor-Lajšić G, Vicković S. Lipoproteins and other risk factors for cardiovascular disease in a student population. *J Med Biochem*. 2013;32(2): 140- 5.
4. Chesik D, Wilczak N, De Keyser J. IGF-1 regulates cAMP levels in astrocytes through a β 2- adrenergic receptor-dependant mechanism. *Int j med scie*. 2008;5(5):240-3.
5. Khan AS, Sane DC, Wannenbun T, Sonntag WE. Growth hormone, insulin-like growth factor- 1 and the aging cardiovascular system. *Cardiovasc res*. 2002;54(1):25-35.
6. Chisalitá SI, Dahlström U, Arnqvist HJ, Alehagen U. Increased IGF1 levels in relation to heart failure and cardiovascular mortality in an elderly population: impact of ACE inhibitors. *Eur J Endocrinol*. 2011;165(6):891-8.
7. Plengpanich W, Mangkala J, Buranasukajorn P, Sunthornyothin S, Suwanwalaikorn S, Weerapan Khovidhunkit M, Sridama V, et al. Normal Reference Range of Serum Insulin-Like Growth Factor (IGF)-I in Healthy Thai Adults. *J Med Assoc Thai*. 2008;91(11):1681-4.
8. Stanimirovic J, Panic A, Obradovic M, Zafirovic S, Isenovic E R. IGF-1 ameliorates detrimental effects of obesity in rat heart by promoting akt and FOXO1. *Atherosclerosis*. 2018;275:137-147.
9. Monazamnezhad A, Habibi A, Majdinasab N, Ghalvand A. The Effects of Aerobic Exercise on Lipid Profile and Body Composition in Women With Multiple Sclerosis. *Jundishapur J Chronic Dis Care*. 2015;4 (1):1- 6.
10. Saremi A, Shavandi N, Parastesh M, Daneshmand H. Twelve-week aerobic training decreases chemerin level and improves cardiometabolic risk factors in overweight and obese men. *Asian J Sports Med*. 2010;1(3):151- 8.
11. Dong B, Ji W, Zhang Y. Elevated serum chemerin levels are associated with the presence of coronary artery disease in patients with metabolic syndrome. *Intern Med*. 2011;50 (10):1093- 97.
12. Hajer GR, Van Haeften TW, Visseren FL. Adipose tissue dysfunction in obesity, diabetes, and vascular diseases. *Eur Heart J*. 2008;9(24):2959- 71.
13. Wozniak SE, Gee LL, Wachtel MS, Frezza EE. Adipose tissue: the new endocrine organ? A review article. *Dig Dis Sci*. 2009;54(9):1847- 56.
14. Hoseina SA, Zar A, Darakhshandeh M, Salehi OR, Amiri R. The effect of volume and intensity changes of exercises on lipid profile of elderly men. *Joge*. 2017;1(4):38-46. [in persian]
15. Welsh P, Woodward M, Rumley A, Lowe G. Association of circulatory TNF-alpha and IL-18 with myocardial infarction and cardiovascular risk marker; the Glasgow myocardial infarction study. *Cytokine*. 2009;47(2):143-7.
16. Eliakim A, Nemet D. Exercise and the GH-IGF-I Axis. *Endocrinology of Physical Activity and Sport*. 2013; 69-83.
17. Nishida Y, Matsubara T, Tobina T, Shindo M, Tokuyama K, Tanaka K, et al. Effect of low intensity aerobic exercise on insulin-like growth factor-I and insulin-like growth factor-binding proteins in healthy men. *Int j endo*. 2010;10(11): 1-8.
18. Ding Q, Ying Z, Gomez-Pinilla F. Exercise influences hippocampal plasticity by modulating brain-derived neurotrophic factor processing. *Neuroscience*. 2011;192:773-80.
19. Büyükyazi G, Karamizrak SO, Islegen C. Effects of continuous and interval running training on serum growth and cortisol hormones in junior male basketball players. *Acta Physiologica Hungarica*. 2003; 90(1):69-79.

20. Fairey AS, Courneya KS, Field CJ, Bell GJ, Jones LW, Mackey JR. Effects of Exercise Training on Fasting Insulin, Insulin Resistance, Insulin-like Growth Factors, and Insulin-like Growth Factor Binding Proteins in Postmenopausal Breast Cancer Survivors A Randomized Controlled Trial. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2003;12(8):721-7.
21. Shabani F, Esmaili A, Salman Z. Effectiveness of Different Severities of Exercise Exercise on Work Memory in the Elderly. *Aging psychology.* 2017;3(1):55-67.
22. Yeves AM, Burgos AJ, Medina AJ, Villa-Abrille MC, Ennis IL. Cardioprotective role of IGF-1 in the hypertrophied myocardium of the spontaneously hypertensive rats: A key effect on NHE-1 activity. *Acta Physiol.* 2018;24:32-44.
23. Zar A, Rahimi E, bijanpoor M. Changes in C-Reactive Protein, Fibrinogen and Lipid Profile in Elderly Men after Eight Weeks of Aerobic Training. *J Isfahan Med Sch.* 2016;33(366):2368-73. [in persian]
24. Aggarwala J, Sharma S, Saroochi AJ, Sarkar A. Effects of aerobic exercise on blood glucose evels and lipid profile in Diabetes Mellitus type 2 subjects. *Al Ameen J Med Sci.* 2016;9(1):65- 9.
25. Kannan U, Vasudevan K, Balasubramaniam K, Yerrabelli D, Shanmugavel K, John NA. Effect of exercise intensity on lipid profile in sedentary obese adults. *J Clin Diagn Res.* 2014;8(7):8-10.
26. Azarbayjani MA, Abedi B. Comparison of Aerobic, Resistance and Concurrent Exercise on Lipid Profles and Adiponectin in Sedentary Men. *Knowldeg & Health J.* 2012;7(1):32-8. [in persian]
27. Fenwick PH, Jeejeebhoy Kh, Dhaliwal R, Royall D, Brauer P, Tremblay A, et al. Lifestyle genomics and the metabolic syndrome: A review of genetic variants that influence response to diet and exercise interventions. *Crit Rev Food Sci Nutr.* 2018;5:1-12.
28. Racil G, Ounis OB, Hammouda O, Kallel A, Zouhal H, Chamari K, et al. Effects of high vs. moderate exercise intensity during interval training on lipids and adiponectin levels in obese young females. *Eur J Appl Physiol.* 2013; 113(10): 2531-40.
29. Palmisano BT, Zhu L, Eckel RH, Stafford JM. Sex differences in lipid and lipoprotein metabolism. *Mol Metab.* 2018;15:45-55.
30. Bagheri L, Faramarzi M. The Effect of 8 Weeks Combined Training on The Ratio of Growth hormone to Insulin-like growth factor1 of Elderly Women. *Physiology of Exercise and Physical Activity.* 2015;16:1249-56.