

Effect of Eight Weeks of High-Intensity Interval Swimming on Visceral Adipose Tissue Asprosin and Serum Adiponectin in Rats with High-Fat Diet-Induced Non-Alcoholic Steatohepatitis

Seyed Mohammad Nabi Bahrani¹
Saleh Rahmati²
Vahid Moqadam³

¹ PhD Student in Exercise Physiology, Department of Physical Education and Sports Sciences, Faculty of Physical Education, Islamic Azad University, Tehran, Iran

² Assistant Professor, Department of Physical Education and Sports Sciences, Faculty of Physical Education, Campus Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

³ Assistant Professor, Department of Physical Education and Sports Sciences, Faculty of Physical Education, Islamic Azad University, Qazvin, Iran

(Received January 31, 2024 ; Accepted October 2, 2024)

Abstract

Background and purpose: Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) is one of the most common metabolic diseases worldwide. Asprosin has been identified as a novel adipokine closely associated with hepatic glucose metabolism, but limited information is available regarding its role and the effect of exercise on it. Insulin resistance is a key factor in the pathogenesis of NAFLD, particularly in non-alcoholic steatohepatitis (NASH). Adiponectin, the most abundant fat-specific adipokine, plays a crucial role in reducing hepatic and systemic insulin resistance, as well as liver inflammation and fibrosis. Adiponectin levels are predictive of the degree of steatosis and the severity of NASH. While there is no proven pharmacological treatment for NASH, recent therapeutic strategies have focused on indirectly regulating adiponectin through the administration of various therapeutic agents and/or lifestyle modifications. Therefore, the aim of the present study was to examine the effect of eight weeks of high-intensity intermittent swimming training on visceral adipose tissue asprosin protein and serum adiponectin in rats with NASH induced by a high-fat diet.

Materials and methods: Forty male Sprague-Dawley rats were divided into two groups: diseased (high-fat diet) (N=20) and healthy (N=20). For eight weeks, the diseased group received a high-fat diet in the form of a daily emulsion (10 ml/kg) via gavage, while the healthy group received an equivalent amount of saline solution. After eight weeks, and confirmation of the disease, the rats were further divided into four subgroups: healthy-control (N=9), healthy-swimming (N=9), diseased-control (N=9), and diseased-swimming (N=9). The swimming groups performed a high-intensity swimming interval training protocol three times per week for eight weeks, while the high-fat diet continued for the diseased groups throughout the training period. At the end of the study, serum adiponectin levels were measured using the ELISA method, and asprosin protein levels in visceral adipose tissue were measured using western blotting. The Shapiro-Wilk test was used to confirm the normality of the data distribution, and one-way ANOVA was used to compare group differences. If significant, Bonferroni's post hoc test was applied to identify pairwise differences. All statistical analyses were performed using SPSS version 26.

Results: The findings showed a significant increase in serum adiponectin levels in the diseased-swimming group compared to the diseased-control group (P= 0.022). A significant increase in serum adiponectin was also observed in the healthy-swimming group compared to the healthy-control group (P= 0.008). In terms of asprosin protein levels in visceral adipose tissue, a significant decrease was found in the healthy-swimming group compared to the diseased-control group (P= 0.001). In the diseased-swimming group, asprosin protein levels decreased compared to the diseased-control group, but this reduction was not statistically significant (P= 0.946).

Conclusion: In conclusion, despite the continuous consumption of a high-fat diet in the diseased group, high-intensity interval swimming exercises were able to improve two key markers of NASH: increasing adiponectin levels and decreasing asprosin levels. These changes suggest that such exercises could potentially reduce inflammation and insulin resistance in NASH. However, as this research is among the first to examine the effects of high-intensity interval swimming on these two variables in a progressive NASH model, further research is required to draw definitive conclusions.

Keywords: non-alcoholic steatohepatitis, exercise, adiponectin, asprosin, insulin resistance

J Mazandaran Univ Med Sci 2024; 34 (237): 1-13 (Persian).

Corresponding Author: Saleh Rahmati - Faculty of Physical Education, Campus Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. (E-mail: : Rahmatisalehrahmati@pardisiu.ac.ir)

تاثیر هشت هفته تمرینات تناوبی شنا با شدت بالا بر پروتئین آسپروسین بافت چربی احشایی و آدیپونکتین سرم خون در موش‌های صحرایی مبتلا به استئاتوهپاتیت غیرالکلی القا شده با رژیم پرچرب

سیدمحمدنبی بحرانی^۱
صالح رحمتی^۲
وحید مقدم^۳

چکیده

سابقه و هدف: بیماری کبد چرب غیرالکلی (NAFLD) یکی از شایع‌ترین بیماری‌های متابولیکی در سراسر جهان است. آسپروسین به عنوان یک آدیپوکتین جدید می‌باشد که ارتباط نزدیکی با متابولیسم گلوکز کبدی دارد. با این حال، اطلاعات کمی در مورد آن و تاثیر فعالیت ورزشی بر آن وجود دارد. هم‌چنین مقاومت به انسولین یک عامل کلیدی در پاتوژنز NAFLD و به خصوص بیماری استئاتوهپاتیت غیرالکلی (NASH) است. آدیپونکتین فراوان‌ترین آدیپوکتین مخصوص چربی است. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد آدیپونکتین؛ مقاومت به انسولین کبدی، مقاومت به انسولین به صورت سیستماتیک، التهاب و فیروز کبد را کاهش می‌دهد. به‌طور کلی آدیپونکتین درجه استئاتوز و شدت NASH را پیش‌بینی می‌کند. اگرچه هیچ درمان دارویی اثبات شده‌ای برای درمان NASH وجود ندارد، استراتژی‌های درمانی اخیر بر روی تنظیم غیرمستقیم آدیپونکتین از طریق تجویز عوامل مختلف درمانی و/یا اصلاح شیوه زندگی متمرکز شده‌اند. از این رو هدف از مطالعه حاضر تاثیر هشت هفته تمرینات تناوبی شنا با شدت بالا بر پروتئین آسپروسین بافت چربی احشایی و آدیپونکتین سرم خون در موش‌های صحرایی مبتلا به استئاتوهپاتیت غیرالکلی القا شده با رژیم پرچرب بوده است.

مواد و روش‌ها: تعداد ۴۰ سر رت نر از نژاد اسپراگ‌داولی به دو گروه بیمار (رژیم پرچرب) (۲۰ سر) و سالم (۲۰ سر) تقسیم شدند. به مدت هشت هفته رژیم پرچرب به صورت امولسیون روزانه (۱۰ ml/kg) به گروه بیمار و به گروه سالم نیز همین مقدار محلول سالی‌ن گاوآژ شد. پس از پایان هشت هفته و اثبات بیماری گروه‌ها هر کدام به دو گروه مجزا شامل کنترل-سالم (۹ سر)، شنا-سالم (۹ سر)، کنترل-بیمار (۹ سر) و شنا-بیمار (۹ سر) تقسیم شدند. سپس به مدت هشت هفته، سه روز در هفته پروتکل تمرین تناوبی شنا با شدت بالا را گروه‌های تمرین انجام دادند و رژیم پرچرب برای گروه‌های بیمار تا پایان دوره تمرینات ادامه داشت. پس از پایان تمرین، آدیپونکتین سرم خون با استفاده از روش الایزا و پروتئین آسپروسین بافت چربی احشایی با روش وسترن بلات اندازه‌گیری شدند. ابتدا با استفاده از آزمون شاپیروویلک، طبیعی بودن توزیع داده‌ها اثبات و سپس با استفاده از آمار استنباطی از شیوه آزمون آنوای یک‌طرفه برای تعیین تفاوت بین گروهی و در صورت معنی دار بودن با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی تفاوت‌های درون گروهی به صورت دوجه‌دو مشخص شد. تمام مراحل آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS ورژن ۲۶ محاسبه گردید.

یافته‌ها: یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد در متغیر آدیپونکتین سرم؛ در گروه شنا-بیمار نسبت به کنترل-بیمار ($P=0/022$) افزایش معنی دار وجود داشت. هم‌چنین در گروه شنا-سالم نسبت به گروه کنترل-سالم ($P=0/008$) افزایش معنی دار آدیپونکتین سرم مشاهده شد. سطح پروتئین آسپروسین بافت چربی احشایی در گروه شنا-سالم نسبت به کنترل-بیمار ($P=0/001$) کاهش معنی دار داشت و در گروه شنا-بیمار نسبت به کنترل-بیمار ($P=0/946$) سطح این پروتئین کاهش غیرمعنی دار یافته بود.

استنتاج: در مجموع می‌توان گفت در این تحقیق علی‌رغم مصرف دائم رژیم پرچرب در گروه بیمار مورد مطالعه؛ تمرینات تناوبی شنا با شدت بالا توانست دو شاخص اصلی بیماری استئاتوهپاتیت غیرالکلی را بهبود بخشد به طوری که منجر به افزایش آدیپونکتین و کاهش آسپروسین شود و با این تغییرات می‌توان گفت احتمالاً این نوع تمرینات می‌تواند التهاب و مقاومت به انسولین را در این نوع بیماری بهبود دهد؛ با این وجود چون تحقیق حاضر از اولین تحقیقات در زمینه تاثیر فعالیت‌های تناوبی شنا با شدت بالا بر این دو متغیر در مدل بیماری استئاتوهپاتیت غیرالکلی پیش‌رونده بوده است؛ برای حصول نتایج قطعی نیازمند تحقیقات بیش‌تر است.

واژه‌های کلیدی: استئاتوهپاتیت غیرالکلی، فعالیت ورزشی، آدیپونکتین، آسپروسین، مقاومت به انسولین

E-mail: Rahmatisalehrahmati@pardisiau.ac.ir

مؤلف مسئول: صالح رحمتی - تهران: دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پردیس، دانشکده تربیت بدنی

۱. دانشجوی دکتری فیزیولوژی ورزش، گروه آموزشی تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشکده تربیت بدنی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. استادیار، گروه آموزشی تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشکده تربیت بدنی، واحد پردیس، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۳. استادیار، گروه آموزشی تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشکده تربیت بدنی، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران

© تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۱۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۲/۱۲/۵ تاریخ تصویب: ۱۴۰۳/۷/۱۱

مقدمه

حدود یک سوم از جمعیت بزرگسال جهان مبتلا به بیماری کبد چرب غیرالکی (Non-alcoholic fatty liver disease: NAFLD) هستند. طیف وسیعی از این بیماری شامل استئاتوز ساده، استئاتوهپاتیت غیرالکی (Non-alcoholic steatohepatitis: NASH)، سیروز و در نهایت سرطان سلول‌های کبدی می‌باشد (۱). عموماً NASH با مقاومت به انسولین و التهاب همراه است (۲). بخشی از آدیپوکین‌ها از جمله آدیپونکتین به طور مستقیم یا غیرمستقیم بر متابولیسم گلوکز، لیپید و حساسیت به انسولین از طریق تعدیل سیگنال‌دهی انسولین تأثیر می‌گذارند (۳).

نقش حساس آدیپونکتین در تأثیر بر حساسیت به انسولین تا حدی به دلیل اتصال آن به گیرنده‌های همزاد مانند گیرنده آدیپونکتین (AdipoR) یک و دو (AdipoR1 و AdipoR2) است که متعاقباً منجر به فعال شدن AMPK و گیرنده‌های فعال کننده پراکسی‌زوم (PPAR) مسیر سیگنالینگ آلفا می‌شود (۴). علاوه بر این، آدیپونکتین به دلیل افزایش اکسیداسیون اسیدهای چرب آزاد (FFA)، اثر ضد استئاتوزی روی سلول‌های کبدی دارد و هجوم FFA (Free fatty acid)، لیپوژن *de novo* و گلوکونئوژن را کاهش می‌دهد (۵). قابل ذکر است که آدیپونکتین با مهار کیناز ترمینال c-Jun NH2 از بروز آپوپتوز در سلول‌های کبدی محافظت می‌کند (۶). آدیپونکتین با وجود اثر بر سلول‌های ستاره‌ای، کوپفر و احتمالاً سلول‌های سینوزوئیدی، اثر ضدالتهابی و ضدفیروپتیک دارد (۷). در موش‌ها، تجویز آدیپونکتین اثرات کاهش دهنده گلوکز را نشان می‌دهد و مقاومت به انسولین را بهبود می‌بخشد، در حالی که موش‌های دارای کمبود آدیپونکتین از مقاومت به انسولین و دیابت رنج می‌برند (۸). سطوح بالای آدیپونکتین با کاهش قابل توجه خطر نسبی دیابت نوع دو همراه می‌باشد (۹). سطوح آدیپونکتین در گردش و هم‌چنین بیان AdipoR1/R2 در شرایط چاقی، دیابت نوع دو و استئاتوهپاتیت

غیرالکی کاهش می‌یابد (۱۰). آسپروسین به‌عنوان یک آدیپوکاین، هورمون پپتیدی جدیدی است که در تنظیم سطح گلوکز نقش دارد (۱۱). آسپروسین عمدتاً توسط سلول‌های بافت چربی سفید در جریان خون ترشح می‌شود و کبد را در جهت افزایش گلوکز پلاسما و غلظت انسولین ناشتا هدف قرار می‌دهد (۱۲). افزایش پاتولوژیک آسپروسین در انسان و موش‌های مبتلا به مقاومت به انسولین مشاهده شده است و از دست رفتن عملکرد آن از طریق روش‌های ایمونولوژیک یا ژنتیکی، باعث کاهش ترشح گلوکز کبدی می‌شود (۱۱). تعداد محدودی از مطالعات نقش آسپروسین را در بیماری‌های مرتبط با استئاتوهپاتیت غیرالکی ارزیابی کرده‌اند (۱۳-۱۱). پیشنهاد شده است که هدف‌گیری درمانی آسپروسین ممکن است در دیابت نوع دو و NASH مفید باشد (۱۱). کاهش کالری دریافتی و انجام تمرینات ورزشی به‌عنوان راهبردهای درمانی غیردارویی برای کنترل تعادل انرژی و کبد چرب غیرالکی شناخته می‌شوند (۱۴،۲). در بررسی انجام شده نشان داده شد که تلاش بی‌هوازی باعث افزایش سطح ترشح آسپروسین و آیریزین در افراد سالم می‌گردد (۱۵). سطح آسپروسین با میزان چربی احشایی، سطح مقاومت به انسولین و سایتوکاین‌های التهابی همبستگی مثبت دارد با این وجود فعالیت ورزشی طولانی مدت تأثیری بر سطح آسپروسین نداشته است (۱۶). با این حال آسپروسین با فعالیت ورزشی تنظیم می‌شود و اثر تنظیمی حیاتی بر بهبود اختلالات متابولیک از طریق فعالیت ورزشی دارد (۱۷). هم‌چنین فعالیت ورزشی باعث ایجاد اثرات مثبت بر عملکرد آدیپونکتین و بهبود مقاومت به انسولین می‌شود (۱۸). با این حال برخی محققان بیان کردند که فعالیت ورزشی به تنهایی نمی‌تواند باعث بهبود عملکرد آدیپونکتین در افراد چاق و اضافه وزن گردد (۱۹). در نتیجه می‌توان گفت نتایج متناقضی درباره تأثیر فعالیت ورزشی بر این دو پروتئین وجود دارد. هم‌چنین اکثر تحقیقات اثرات فعالیت ورزشی را در محیط خشکی مورد بررسی قرار داده‌اند و تحقیقات

بسیار اندکی در زمینه تأثیر فعالیت‌های ورزشی تناوبی با شدت بالا در محیط آبی بر بیماران مبتلا به استئاتوهپاتیت غیرالکلی وجود دارد. از این رو می‌توان گفت تحقیق حاضر؛ جزء اولین تحقیقاتی است که نقش ورزش شنا تناوبی با شدت بالا بر سطح آدیپونکتین و آسپروسین در بیماران مبتلا به NASH مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در نتیجه هدف از انجام این مطالعه بررسی تأثیر هشت هفته تمرینات تناوبی شنا با شدت بالا بر پروتئین آسپروسین بافت چربی احشایی و آدیپونکتین سرم خون در موش‌های صحرایی مبتلا به استئاتوهپاتیت غیرالکلی القا شده با رژیم پرچرب بوده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر با توجه به هدف از نوع توسعه‌ای و با در نظر گرفتن روش از نوع تجربی بوده است. در این پژوهش، ۴۰ سر موش صحرایی نر (سن: هشت هفته) از نژاد Sprague-Dawley با میانگین وزن 230 ± 20 گرم انتخاب شدند. موش‌های صحرایی در حیوان‌خانه دانشگاه شیراز با دمای ۲۲ تا ۲۴ درجه سانتی‌گراد، رطوبت ۴۵ درصد و چرخه تاریکی-روشنایی ۱۲-۱۲ نگهداری شدند. غذای حیوانات به صورت آزادانه و استاندارد مخصوص حیوانات آزمایشگاهی از دانشگاه شیراز تهیه شد. هم‌چنین آب مورد نیاز حیوانات به صورت آزادانه در بطری ۵۰۰ میلی‌لیتری ویژه حیوانات آزمایشگاهی، در اختیار آن‌ها قرار داده شد. اصول اخلاقی مطالعه مطابق با اصول کار با حیوانات آزمایشگاهی مصوب دانشگاه شیراز با کد (IR.US.PSYEDU.REC.1402.072) مورد توجه قرار گرفت. موش‌های صحرایی انتخاب شده به دو گروه ۲۰ تایی تقسیم شدند. گروه اول گروه سالم، ماندند (n=۲۰) و غذای استاندارد دریافت کردند. گروه دوم طی مدت هشت هفته تحت رژیم غذایی پرچرب (High fat diet: HFD) قرار گرفتند تا بیماری استئاتوهپاتیت غیرالکلی در آن‌ها القا شود (HFD: n=۲۰). رژیم

پرچرب به کار رفته در تحقیق حاضر به صورت امولسیون (به حالت مایع با ویسکوزیته بالا) استفاده شد و با استفاده از روش گاواژ روزانه (به میزان ۱۰ میلی‌لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن) به موش‌های صحرایی گروه رژیم غذایی پرچرب (n=۲۰) خورانده شد. محتوای امولسیون پرچرب از ۷۷ درصد چربی، ۱۴ درصد پروتئین و ۹ درصد کربوهیدرات‌ها تشکیل گردید. محتوای این امولسیون شامل روغن ذرت، ساکارز، پودر شیر خشک، کلسترول، سدیم دزوکسی‌کولات، توئین ۸۰، پروپیلین گلایکول، مخلوط ویتامین و مواد معدنی و آب مقطر بود. در این امولسیون، پروتئین‌ها توسط پودر شیر خشک، کربوهیدرات‌ها توسط ساکاروز و چربی توسط روغن ذرت و پودر کلسترول تأمین شدند. هر وعده با مخلوطی از ویتامین و مواد معدنی تکمیل شد. این امولسیون در دمای چهار درجه سانتی‌گراد ذخیره، در حمام آب با دمای ۴۲ درجه سانتی‌گراد گرم و قبل از استفاده کاملاً میکس و مخلوط شد (۲۰). در گروه رژیم پرچرب علاوه بر غذای روزانه استاندارد جوندگان، به صورت خوراکی و توسط تکنیک گاواژ، موش‌های صحرایی با امولسیون پرچرب (۱۰ میلی‌لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن) یک بار در روز تحت گاواژ قرار گرفتند. این شیوه تغذیه‌ای به مدت هشت هفته ادامه داشت تا بر اساس پژوهش زو (Zou) و همکاران (۲۰۰۶)، در موش‌های صحرایی که رژیم غذایی پرچرب مصرف می‌کردند (HFD: n=۲۰) بیماری استئاتوهپاتیت غیرالکلی القا شود (۲۰). به موش‌های صحرایی گروه سالم (n=۲۰) نیز از طریق تکنیک گاواژ، روزانه مقدار مساوی محلول نمک (سالین) داده شد. برای اثبات القا بیماری استئاتوهپاتیت غیرالکلی، در پایان هشت هفته اول، به طور تصادفی دو رت از هر گروه انتخاب و تشریح شدند. گروه بیمار (n=۲) و سالم (n=۲) و پس از این که نمونه خون از قلب آن‌ها گرفته شد، بافت کبد آن‌ها استخراج شد و از نظر ماکروسکوپی (نمای ظاهری کبد) و میکروسکوپی

(perisinusoidal)؛ درجه دو، متوسط، منطقه ۳، پری سینوزوئیدال؛ درجه سه، پورتال/پری پورتال و درجه چهار، فیروزیس (bridging fibrosis) (۲۲).

پس از اثبات القا بیماری در موش‌های صحرایی (یافته‌های مربوط به اثبات بیماری در قسمت نتایج آمده است.)، گروه بیمار (رژیم پرچرب) به‌طور تصادفی به دو گروه کنترل-بیمار (n=۹) و گروه سالم نیز به‌طور تصادفی به دو گروه کنترل-سالم (n=۹) و گروه تمرین-سالم (n=۹) تقسیم شدند. لازم به ذکر است رژیم غذایی پرچرب گروه‌های بیمار تا پایان دوره تمرینات ادامه داشت. پس از تقسیم‌بندی گروه‌ها، همه موش‌های صحرایی گروه‌های تمرین به مدت دو هفته مرحله آشنایی با استخر حیوانات (قطر ۱۶۰ سانتی متر و ارتفاع ۸۰ سانتی متر) را قبل از شروع تمرین اصلی گذراندند (۲۳). در هفته اول موش‌های صحرایی با نهایت دقت و آرامش در استخر حیوانات با عمق آب ۵۰ سانتی متر و میانگین دمای ۳۰±۰/۵ درجه سانتی‌گراد قرار گرفتند و با سرعت دلخواه به مدت ۲۰ دقیقه به‌طور متناوب شنا کردند. در هفته دوم وقتی که موش‌های صحرایی به‌خوبی با استخر حیوانات آشنا شدند؛ برای آشنایی با نوع تمرین تناوبی، چندین مرتبه بعد از یک دقیقه شنا به وسیله صفحه استراحت از آب بیرون آورده و دوباره در آب قرار داده شدند. بعد از گذشت ۴۸ ساعت از زمان آخرین جلسه آشنایی، موش‌های صحرایی گروه تمرین، ابتدا پنج دقیقه گرم کردن و سپس تمرین اصلی (High intensity interval training) HIIT) شنا، شامل ۲۰ نوبت ۳۰ ثانیه‌ای شنا با ۳۰ ثانیه استراحت بین هر نوبت را انجام دادند. در پایان هر برنامه تمرینی نیز پنج دقیقه عمل سرد کردن اعمال شد و سپس تمام موش‌های صحرایی کاملاً خشک شده و به قفس‌هایشان منتقل شدند. این برنامه ورزشی به مدت هشت هفته (سه روز در هفته، روزهای زوج) انجام شد. در تمرین تناوبی بار اعمال شده در هفته اول، وزنه‌ای به میزان هفت درصد وزن بدن هر موش صحرایی بود و هر هفته یک درصد به آن

(از طریق رنگ آمیزی Oil red O) و هم‌چنین از نظر بیوشیمیایی (سنجش مقادیر ALT و AST سرم خون) مورد بررسی قرار گرفتند. برای سنجش میزان ALT و AST سرم خون، به ترتیب از کیت سنجش ALT (شرکت پارس آزمون، ساخت ایران) و کیت سنجش AST (شرکت پارس آزمون، ساخت ایران) استفاده شد (۲). رنگ آمیزی Oil red O: بافت کبد که قبلاً در نیتروژن مایع خنک شده بود در ایزوپنتان (isopentane) غوطه‌ور شد و در دمای برش بهینه Tissue-Plus® (OCT) (Fisher HealthCare™) قرار داده شد و متعاقباً برای تجزیه و تحلیل بافت‌شناسی مورفولوژی کبد و محتوای چربی؛ ذخیره شد. نمونه‌های کبد بر روی یک کرایواستات (Leica Microsystems, CM3050S, Nussloch، ساخت کشور آلمان) به برش‌هایی به ضخامت پنج میکرومتر برش داده شدند. مقاطع کبد با Oil Red O (105230, Merck, Darmstadt, Germany) رنگ آمیزی شدند. تصاویر زیر یک میکروسکوپ نوری (Olympus, CX22، توکیو، ژاپن) مشاهده شد و از یک میدان تصادفی 40X از کبد هر حیوان با استفاده از نرم‌افزار Toup View (ToupTek Photonics, Zhejiang، چین) گرفته شد (۲۱).

یک میدان میکروسکوپی نوری در هر بخش مشاهده شد و برای شدت استئاتوز کبدی، التهاب و فیروز براساس معیارهای زیر نمره گذاری شد:

برای استئاتوز کبدی: درجه صفر، بدون چربی؛ درجه یک، استئاتوز کم‌تر از ۳۳ درصد؛ درجه دو، ۳۴ تا ۶۶ درصد از پارانشیم کبدی و درجه سه، بیش از ۶۶ درصد از پارانشیم کبدی را اشغال می‌کند.

برای انفیلتراسیون التهاب سلولی: درجه صفر، هیچ foci/field؛ درجه یک، ۱-۲؛ درجه دو، ۳-۴ foci/field و درجه سه، بیش از ۴ foci/field.

مرحله‌بندی فیروز کبدی با رنگ آمیزی Oil red O به شرح زیر بررسی شد: درجه صفر، هیچ؛ درجه یک، خفیف، منطقه ۳ (zone)، پری سینوزوئیدال

اضافه شد؛ به طوری که در هفته آخر (هشتم) موش‌های صحرائی با وزنه‌ای به میزان ۱۴ درصد وزن بدن خود که به ریشه دم آن‌ها بسته شد، شنا کردند (جدول شماره ۱)(۲۴). تمرینات، عصر هنگام (بهترین زمان تمرین در ریتم فعالیت طبیعی موش‌های صحرائی) انجام شد(۲۵).

جدول شماره ۱: پروتکل تمرینی شنا با شدت بالا (یک روز در میان، روزهای زوج)

| هفته‌ها | تعداد (نوبت) | مدت تلاش (ثانیه) | مدت استراحت (ثانیه) | میزان اضافه بار (درصد وزن بدن) |
|------------|--------------|------------------|---------------------|--------------------------------|
| هفته اول | ۲۰ | ۳۰ | ۳۰ | ۷ |
| هفته دوم | ۲۰ | ۳۰ | ۳۰ | ۸ |
| هفته سوم | ۲۰ | ۳۰ | ۳۰ | ۹ |
| هفته چهارم | ۲۰ | ۳۰ | ۳۰ | ۱۰ |
| هفته پنجم | ۲۰ | ۳۰ | ۳۰ | ۱۱ |
| هفته ششم | ۲۰ | ۳۰ | ۳۰ | ۱۲ |
| هفته هفتم | ۲۰ | ۳۰ | ۳۰ | ۱۳ |
| هفته هشتم | ۲۰ | ۳۰ | ۳۰ | ۱۴ |

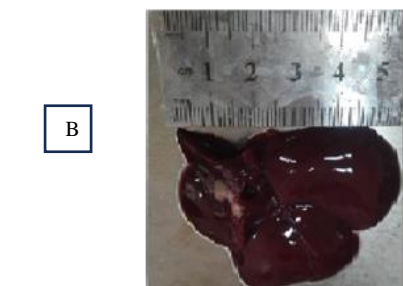
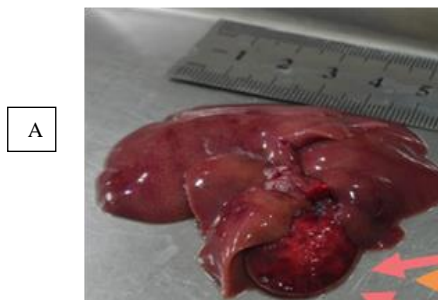
وزن موش‌های صحرائی از روز اول شروع دوره تحقیق و سپس هر هفته در روزهای جمعه، عصر هنگام مورد سنجش قرار می‌گرفت و تا پایان دوره تحقیق و روز تشریح این روند ادامه داشت. پس از به دست آوردن وزن هر یک از موش‌های صحرائی در هر گروه، میانگین وزنی هر گروه مشخص شده و ثبت می‌شد. یافته‌های مربوط به میانگین وزن گروه‌های تحقیق در نمودارهای شماره ۱ و ۲، قسمت نتایج گزارش شده است. در مدت دوره تداخل، گروه‌های کنترل- سالم و کنترل- بیمار هیچ گونه برنامه تمرینی نداشتند. برای از بین بردن آثار حاد تمرین و متغیرهای غیرقابل کنترل استرس آزمودنی‌ها در زمان اجرای برنامه تمرینی، بعد از ۴۸ ساعت پس از آخرین جلسه تمرین، موش‌های صحرائی با رعایت اصول اخلاقی و با تزریق درون صفاقی ترکیبی از کتامین (۳۰ تا ۵۰ میلی‌گرم بر کیلوگرم وزن بدن) و زایلازین (سه تا پنج میلی‌گرم بر کیلوگرم وزن بدن)، بی‌هوش شدند. ابتدا نمونه‌های خونی از قلب رت‌ها به میزان ۵ سی‌سی گرفته شد؛ بلافاصله آن را در داخل لوله آزمایش ژل کلات اکتیویر انتقال داده و سپس توسط سانتریفیوژ با سرعت

۳۰۰۰ دور بر دقیقه و دمای ۱۸ درجه سانتی‌گراد به مدت ۲۰ دقیقه سانتریفیوژ شدند. پس از آن توسط سمپلر به میکروتیوب‌های ۲ سی‌سی سرم خون منتقل شد و برای آنالیز نهایی در دمای منهای ۲۰ درجه سانتی‌گراد نگهداری شدند. هم‌چنین بافت چربی احشایی از ناحیه شکمی جدا و پس از شست‌وشو با نرمال سالین، بلافاصله در دمای منهای ۸۰ درجه سانتی‌گراد نگهداری شد تا برای آنالیزهای بعدی آماده شود. اندازه‌گیری آدیپونکتین به روش الیزا (کیت Rat Total Adiponectin/Acrp30 Immunoassay، شرکت Quantikine® ELISA) و اندازه‌گیری آسپیروسین به روش وسترن بلات (آنتی بادی اولیه anti-Asprosin antibody، شرکت Fine test® و آنتی بادی ثانویه m-IgGk BP-HRP: sc-516102، شرکت mouse anti-rabbit IgG-HRP: sc-2357، شرکت SANTA CRUZ BIOTECHNOLOGY, INC. بتا-اکتین β -Actin (C4): sc-47778، شرکت SANTA CRUZ BIOTECHNOLOGY, INC. انجام شد. به‌طور کلی مراحل انجام تکنیک وسترن بلات به ترتیب شامل لیز کردن بافت، تعیین غلظت پروتئین به وسیله برادفورد، تهیه غلظت‌های مختلف BSA برای کشیدن منحنی استاندارد، غلظت‌های پروتئین، آب و سمپل بافر، آماده‌سازی نمونه، ساخت الکتروفورز بر روی ژل SDS page، تهیه محلول‌ها، روش انجام آزمایش و ساختن ژل پایین و بالا، الکتروفورز بر ژل SDS page، وسترن بلات یا ایمنوبلاستینگ، مرحله انتقال از ژل به کاغذ، مرحله بلاکینگ، مرحله انکوبه کردن با آنتی‌بادی اولیه، مرحله انکوبه کردن با آنتی‌بادی ثانویه، مرحله آشکارسازی، مرحله ظهور فیلم در تاریک‌خانه، روش Striping بود. در بخش آمار توصیفی از شاخص‌های پراکندگی، میانگین، انحراف استاندارد و نمودار و در بخش آمار استنباطی اطلاعات جمع‌آوری شده برای تعیین نحوه توزیع داده‌ها از آزمون شپرو- ویلک استفاده شد. در صورت طبیعی بودن

بیمار به دلیل تجمع بالای تری گلیسیرید در آن متمایل به سفید و رنگ کبد سالم به دلیل عدم تجمع تری گلیسیرید به رنگ قرمز می باشد. در تصویر شماره ۲ نتایج رنگ آمیزی Oil red O بافت کبد بیمار و سالم با هم مقایسه و گزارش شده است. همان گونه که مشهود است تعداد نقطه های قرمز رنگ در نمونه کبد بیمار نشان دهنده میزان تجمع تری گلیسیرید در این بافت است با این حال در نمونه کبد سالم هیچ نوع نقطه قرمز رنگی مشاهده نمی شود و نشان دهنده عدم تجمع تری گلیسیرید در نمونه بافت کبد سالم است.

جدول شماره ۱: نتایج آزمایش بافتی و خونی جهت اثبات بیماری استئاتوهایپیت غیرالکلی

| شماره رت | نمره استاتوزیس | نمره التهاب | مرحله فیروزیس | ALT | AST |
|------------------------|----------------|-------------|---------------|-------|-------|
| ۱ (بیمار) [*] | ۲۳۳ | ۰٫۳ | ۲ | ۶۴/۵۴ | ۶۰/۸ |
| ۲ (بیمار) [*] | ۲۷۵ | ۰٫۸ | ۲ | ۶۷/۸۴ | ۶۸/۷ |
| ۱ (سالم) | ۰ | ۰ | ۰ | ۴۶/۳ | ۴۱/۲۱ |
| ۲ (سالم) | ۰ | ۰ | ۰ | ۴۰/۳۹ | ۳۸/۴۱ |

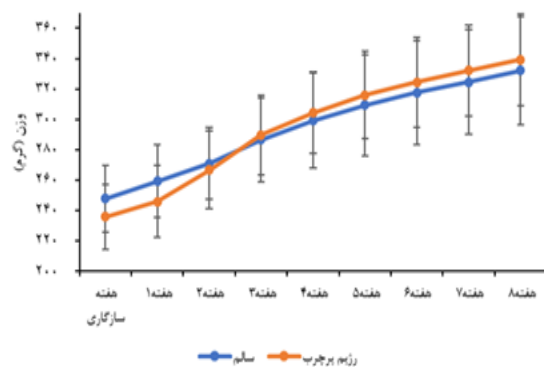


تصویر شماره ۱: مقایسه نمای ظاهری کبد سالم (A) و کبد چرب (B)، بلافاصله پس از کشتار در گروه سالم و بیمار. همان گونه که مشهود است رنگ ظاهری کبد چرب (B) نسبت به کبد سالم (A) به دلیل تجمع چربی بالا سفید است اما رنگ کبد سالم (A) قرمز رنگ و طبیعی است. هم چنین میزان حجم اشغال شده توسط کبد چرب نسبت به کبد سالم بسیار بیش تر است و این موضوع نشان دهنده تورم پاتولوژیک کبد و التهاب آن است.

یافته ها، از روش تجزیه و تحلیل واریانس یک طرفه و در صورت معنی دار بودن تفاوت ها، از آزمون تعقیبی بونفرونی برای تعیین محل دقیق تفاوت ها استفاده شد. سطح معنی داری ($P < 0/05$) در نظر گرفته و کلیه روش های آماری با استفاده از نرم افزار SPSS version 26 انجام شد و برای رسم نمودارها از نرم افزار Excel 2019 کمک گرفته شد.

یافته ها

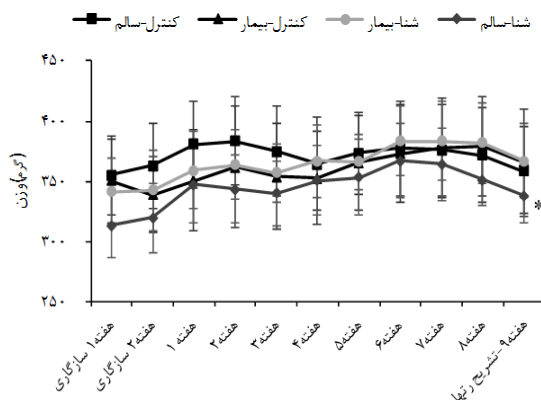
در نمودار شماره ۱ میانگین \pm انحراف استاندارد وزن گروه های سالم ($n=20$) و رژیم پرچرب (HFD) ($n=20$)، در مدت هشت هفته القا رژیم پرچرب نمایش داده شده است. یافته ها نشان دادند تفاوت معنادار میان این دو گروه در مدت هشت هفته وجود نداشته است ($P=0/841$).



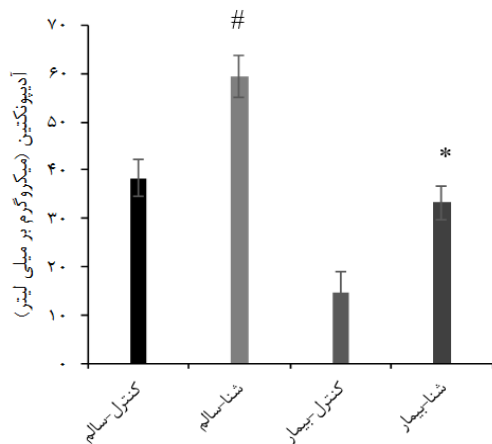
نمودار شماره ۱: میانگین \pm انحراف استاندارد تغییرات وزن گروه های سالم و رژیم پرچرب در هشت هفته اول القا کبد چرب، در ابتدا یک هفته به عنوان سازگاری رت ها با محیط آزمایشگاه و رژیم غذایی در نظر گرفته شد عدم تفاوت معنادار میان وزن دو گروه در مدت هشت هفته ($P=0/841$).

همان گونه که در جدول شماره ۱ نشان داده شده است در نمونه های بیمار ۱ و ۲ پس از هشت هفته تغذیه با رژیم پرچرب نمره استئاتوزیس و التهاب، مقادیر سرمی ALT و AST و هم چنین آنالیز بافتی کبد نشان داد که کبد رت ها در مرحله دوم فیروزیس قرار دارد. در تصویر شماره ۱ کبد بیمار با کبد سالم از نظر ظاهری با هم مقایسه شده است و مشخص است که رنگ کبد

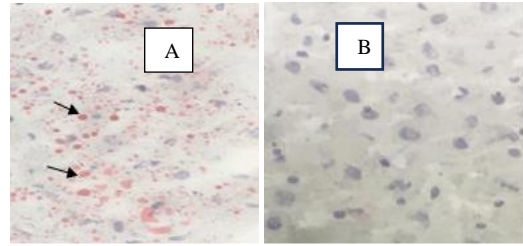
($P=0/001$) به طور معنی داری کمتر شده بود. هم چنین این پروتئین در گروه های شنا- بیمار ($P=0/042$) و کنترل- بیمار ($P=0/001$) نسبت به کنترل- سالم به طور معنی داری بیش تر شده بود. با این حال در گروه شنا- بیمار نسبت به کنترل- بیمار کاهش غیر معنی دار دیده شد ($P=0/946$) (نمودار شماره ۴).



نمودار شماره ۲: میانگین \pm انحراف استاندارد تغییرات وزن چهار گروه آزمایش در هشت هفته دوم پس از اثبات بیماری استاتوهایت غیرالکلی،*: کاهش معنی دار وزن در گروه شنا- سالم نسبت به کنترل- سالم ($P=0/003$) و کنترل- بیمار ($P=0/002$)



نمودار شماره ۳: تغییرات آدیپونکتین سرم بین گروه های آزمایش،*: افزایش معنی دار گروه شنا- بیمار نسبت به کنترل- بیمار ($P=0/022$), #: افزایش معنی دار گروه شنا- سالم نسبت به گروه های کنترل- سالم ($P=0/008$), کنترل- بیمار ($P=0/001$) و شنا- بیمار ($P=0/001$)

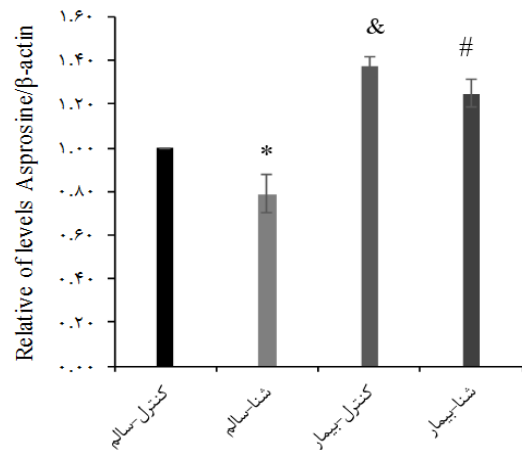


تصویر شماره ۲: رنگ آمیزی بافت کبد توسط Oil red O، A: کبد سالم- به دلیل عدم وجود چربی هیچ نوع رنگ قرمزی به خود نگرفته است. B: کبد چرب، لیپیدها به رنگ قرمز درآمده اند (نمره استاتوزیس: ۲/۷۵، نمره التهاب: ۰/۹، مرحله فیروزیس: ۲).

نمودار شماره ۲، وزن گروه های تحقیق پس از اثبات بیماری استاتوهایت غیرالکلی و تقسیم بندی تصادفی آنها به چهار گروه کنترل- سالم ($n=9$), شنا- سالم ($n=9$), کنترل- بیمار ($n=9$) و شنا- بیمار ($n=9$), نشان می دهد. بر اساس میانگین وزن هر گروه در کل دوره مداخله تمرینی، به طور کلی کاهش معنی دار وزن در گروه شنا- سالم نسبت به کنترل- سالم ($P=0/003$) و کنترل- بیمار ($P=0/002$) مشاهده شد. کاهش غیر معنی دار گروه شنا- سالم نسبت به شنا- بیمار ($P=0/092$) نیز وجود داشت.

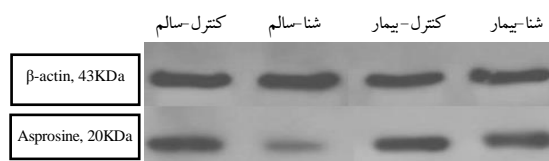
بر اساس نتایج آزمون آنوای یک طرفه میان گروه های آزمایش در متغیر آدیپونکتین سرم تفاوت معنی دار وجود داشت ($P=0/001$). با توجه به نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی، سطح آدیپونکتین در گروه شنا- بیمار نسبت به کنترل- بیمار به طور معنی داری بیش تر شده بود ($P=0/022$). هم چنین آدیپونکتین در گروه شنا- سالم نیز نسبت به گروه های کنترل- سالم ($P=0/008$), کنترل- بیمار ($P=0/001$) و شنا- بیمار ($P=0/001$) به طور معنی داری بیش تر شده بود (نمودار شماره ۳). هم چنین در پروتئین آسپروسین بافت چربی احشایی، میان گروه های آزمایش تفاوت معنی دار وجود داشت ($P=0/001$). پس از مقایسه دوجه دوی گروه ها، پروتئین آسپروسین در گروه شنا- سالم نسبت به گروه های کنترل- بیمار ($P=0/001$) و شنا- بیمار

دادند. هم چنین پروتئین آسپروسین در گروه شنا- سالم نسبت به گروه های کنترل- بیمار و شنا- بیمار به طور معنی داری کمتر بود. هم چنین این پروتئین در گروه های شنا- بیمار و کنترل- بیمار نسبت به کنترل- سالم به طور معنی داری بیش تر بود. با این حال در گروه شنا- بیمار نسبت به کنترل- بیمار کاهش غیر معنی دار دیده شد. در تحقیق Ke و همکاران (۲۰۲۰)، میان سطح آسپروسین و شاخص مقاومت به انسولین در بیماران مبتلا به NAFLD همبستگی مثبت یافت شد و این محققین دریافتند که در این بیماری سطح آسپروسین به شدت افزایش می یابد (۲۶). حال آن که یافته های تحقیق حاضر نشان داد که فعالیت تناوبی شنا با شدت بالا، علیرغم مصرف دائم رژیم پرچرب ۷۷ درصد (عدم حذف عامل بیماری NASH)، موجب جلوگیری از افزایش حاد و حتی کاهش سطح پروتئین آسپروسین می گردد؛ در نتیجه می تواند به بهبود تنظیم عملکرد آسپروسین و به دنبال آن بهبود تنظیم مقاومت به انسولین در بیماری NASH کمک شایانی کند. هم چنین یافته های تحقیق حاضر نشان دادند که پروتکل ورزشی به کار رفته در تحقیق حاضر می تواند مستقل از کاهش وزن سبب بهبود عوامل موثر در مقاومت به انسولین در بیماری استئاتوهپاتیت غیر الکلی شود و این نتایج در این نوع بیماری و این نوع پروتکل تمرینی؛ جزو اولین یافته های تحقیقات در این زمینه محسوب می گردد. یافته های تحقیق نخعی و همکاران (۲۰۱۹)، نشان دادند که سطح آسپروسین میان بیماران مبتلا به سندروم متابولیک با گروه کنترل- سالم تفاوت معنی داری نداشت؛ اما همسو با یافته های تحقیق حاضر، کاهش معنی دار آسپروسین در گروه های تمرین تداومی شنا و تمرین تناوبی شنا نسبت به گروه کنترل یافتند (۲۷). از جمله دلایل ناهمسویی برخی از یافته های تحقیق حاضر با یافته های نخعی و همکاران (۲۰۱۹) می توان به تفاوت در نوع بیماری، نوع پروتکل تمرینی و نوع تغذیه به کار رفته و هم چنین نوع بافت مورد نظر و نوع شیوه آزمایشگاهی به کار رفته اشاره



نمودار شماره ۴: غیرات پروتئین آسپروسین میان گروه های آزمایش. *: کاهش معنی دار گروه شنا- سالم نسبت به گروه های کنترل-بیمار (P=۰/۰۰۱) و شنا- بیمار (P=۰/۰۰۱). # افزایش معنی دار در گروه شنا-بیمار نسبت به کنترل- سالم (P=۰/۰۴۲). & افزایش معنی دار در گروه کنترل-بیمار نسبت به کنترل- سالم (P=۰/۰۰۱). کاهش غیر معنی دار گروه شنا-بیمار نسبت به کنترل بیمار (P=۰/۹۴۶).

باند های پروتئینی آسپروسین بافت چربی حاصل از روش وسترن بلاتینگ نیز نتایج بالا را به صورت کیفی نشان می دهند و تایید می کنند. شدت رنگ و میزان ضخامت هر باند نسبت به بتا-اکتین نشان دهنده غلظت پروتئین آسپروسین در گروه مورد نظر است (تصویر شماره ۳).



تصویر شماره ۳: باند های پروتئینی ایجاد شده از روش وسترن بلاتینگ به تفکیک هر گروه آزمایش. میزان شدت رنگ و ضخامت باند در مقایسه با بتا-اکتین نشان دهنده غلظت پروتئین مورد نظر در هر گروه است.

بحث

یافته های تحقیق حاضر کاهش معنی دار وزن گروه شنا- سالم نسبت به کنترل- سالم و کنترل- بیمار نشان

کرد. متأسفانه، محققین تحقیق حاضر هیچ گزارشی در مورد تأثیر فعالیت‌های تناوبی شنا با شدت بالا بر غلظت آسپرووسین در موش‌های مبتلا به NASH یافت نکردند. بنابراین تجزیه و تحلیل یافته‌های مطالعه حاضر دشوار است. در مطالعه مدل موش توسط Duerrschmid و همکاران (۲۰۱۷) نشان داده شده است که غلظت آسپرووسین ممکن است در بیماران چاق و مقاوم به انسولین توسط آنتی‌بادی‌های خنثی شده کاهش یابد، در نتیجه فعالیت نوروهای AgRP+ را کاهش داده و منجر به کاهش مصرف غذای روزانه شود (۲۸). در مطالعه حاضر، برای اولین بار نشان داده شد که سطوح پروتئینی آسپرووسین بافت چربی احشایی توسط تمرینات تناوبی شنا با شدت بالا کاهش می‌یابد. بنابراین، به نظر می‌رسد که این نوع تمرینات بر اشتها با کاهش غلظت آسپرووسین در موش‌های مبتلا به بیماری استئاتوهپاتیت غیرالکلی تأثیر می‌گذارند. Zhang و همکاران (۲۰۱۷)، گزارش کردند که آسپرووسین سرم رابطه قوی با متابولیسم لیپیدها در بیماران مبتلا به دیابت دارد و افزایش آن با پاتوزنز اختلال لیپیدها همراه است (۲۹). با توجه به یافته‌های تحقیق حاضر می‌توان گفت که علی‌رغم مصرف دائم رژیم پرچرب ۷۷ درصد، پروتکل تمرینی به کار رفته توانسته است از اختلال بیش‌تر متابولیسم لیپید جلوگیری کند و به بهبود آن از طریق کاهش آسپرووسین کمک شایانی کند. Lee و همکاران (۲۰۱۹)، دریافتند که آسپرووسین نو ترکیب التهاب را از طریق سیگنال‌دهی TLR4/JNK تسریع می‌کند و در نتیجه مقاومت به انسولین را گسترش می‌دهد (۳۰، ۳۱). حال آن‌که پروتکل تمرینی به کار رفته از افزایش آسپرووسین جلوگیری کرد و حتی آن را کاهش داد و با توجه به نتایج Lee و همکاران (۲۰۱۹)، احتمالاً شدت التهاب را نیز در بیماری استئاتوهپاتیت غیرالکلی کنترل کرده است.

هم‌چنین بیان شده است که ارزیابی هم‌زمان آسپرووسین و آدیپونکتین ممکن است یک نشانگر تشخیصی زیستی بالقوه در NAFLD و NASH باشد (۲۶).

در این مطالعه، سطح پایین آدیپونکتین در بیماران مبتلا به استئاتوهپاتیت غیرالکلی مشاهده شد که با نتایج تحقیقات قبلی مطابقت داشت، که نشان می‌دهد هیپوآدیپونکتیمی یک عامل خطر احتمالی برای NASH است (۳۲). اثرات درمانی بالا در روش هوازی با شدت‌های متوسط تا زیاد نشان می‌دهد که متغیر شدت، عامل کلیدی در ایجاد تغییر در سطح آدیپونکتین می‌باشد (۳۳). یافته‌های تحقیق حاضر در راستای تحقیقات پیشینه نشان دادند که تمرینات تناوبی شنا با شدت بالا می‌تواند اثرات افزایشی معنی‌دار در گروه‌های شنا-بیمار و شنا-سالم نسبت به کنترل-بیمار داشته باشد. این در حالی است که در تحقیق حاضر نشان داده شد که بیماری استئاتوهپاتیت پیش‌رونده در گروه کنترل بیمار می‌تواند به‌طور معنی‌داری سطح آدیپونکتین سرم را نسبت به گروه کنترل-سالم و سایر گروه‌ها کاهش دهد. Numao و همکاران (۲۰۱۲)، گزارش کردند که آدیپونکتین می‌تواند غلظت لیپوپروتئین با چگالی بالا را با ترشح و تصفیه آپو پروتئین-۱ در کبد تنظیم کند و باعث باز تنظیم مجدد متابولیسم لیپید و بهبود مقاومت به انسولین شود (۳۴). با توجه به پیشینه تحقیقات در این زمینه می‌توان گفت که با افزایش معنی‌دار سطح آدیپونکتین ناشی از تمرینات تناوبی شنا با شدت بالا نسبت به گروه کنترل-بیمار، احتمالاً اثرات مثبتی بر متابولیسم لیپید، مقاومت به انسولین و کاهش التهاب گذاشته است زیرا که آسپرووسین نیز که در مقاومت به انسولین نقش اساسی دارد تحت تأثیر افزایش معنی‌دار آدیپونکتین در گروه شنا-بیمار و شنا-سالم، کاهش داشته است. اکثر مطالعات نشان می‌دهد که سطح آدیپونکتین فقط در بیمارانی که کاهش وزن قابل توجهی را تجربه کرده‌اند کاهش می‌یابد (۳۵). با این حال بر خلاف تحقیقات پیشینه، یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد مستقل از تغییرات وزن و هم‌چنین مصرف رژیم پرچرب ۷۷ درصد چربی، تمرینات تناوبی شنا با شدت بالا توانست افزایش معنی‌دار را در گروه شنا-بیمار نسبت به کنترل-بیمار به وجود آورد و این نتیجه نشان‌دهنده اثربخش

شنا با شدت بالا بر این دو متغیر در مدل بیماری استئاتوهپاتیت غیرالکلی پیشرونده بوده است؛ برای حصول نتایج قطعی نیازمند تحقیقات بیش تر است.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله، هیچ نفع متقابلی از انتشار آن ندارند.

سپاسگزاری

از تمامی کسانی که ما را در اجرای این تحقیق یاری رساندند، نهایت تشکر و قدردانی را داریم.

بودن این نوع تمرین در این مدل از بیماری است. در مجموع می توان گفت در این تحقیق علی رغم مصرف دائم رژیم پرچرب در گروه بیمار مورد مطالعه؛ تمرینات تناوبی شنا با شدت بالا توانست دو شاخص اصلی بیماری استئاتوهپاتیت غیرالکلی را بهبود بخشد به طوری که منجر به افزایش آدیپونکتین و کاهش آسپیروسین شود و با این تغییرات می توان گفت احتمالاً این نوع تمرینات می تواند التهاب و مقاومت به انسولین را در این نوع بیماری بهبود دهد؛ با این وجود چون شاخص های التهابی مورد بررسی قرار نگرفت و تحقیق حاضر از اولین تحقیقات در زمینه تاثیر فعالیت های تناوبی

References

- Glass O, Filozof C, Noureddin M, Berner-Hansen M, Schabel E, Omokaro SO, et al. Standardisation of diet and exercise in clinical trials of NAFLD-NASH: Recommendations from the Liver Forum. *J Hepatol* 2020; 73(3): 680-693 PMID: 32353483.
- Jowhari A, Daryanoosh F, Jahromi MK, Nekoeian AA. Effect of High-intensity Intermittent Swimming Training on peroxisome proliferator-activated receptors- α and Liver Enzymes in Non-alcoholic Steatohepatitis Male Rats. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences* 2023; 30(10): 6034-6051 (Persian).
- Parra-Peralbo E, Talamillo A, Barrio R. Origin and development of the adipose tissue, a key organ in physiology and disease. *Front Cell Dev Biol* 2021; 9: 786129.
- Kim Y, Park CW. Mechanisms of adiponectin action: implication of adiponectin receptor agonism in diabetic kidney disease. *Int J Mol Sci* 2019; 20(7): 1782 PMID: 30974901.
- Khairnar R, Islam MA, Fleishman J, Kumar S. Shedding light on non-alcoholic fatty liver disease: Pathogenesis, molecular mechanisms, models, and emerging therapeutics. *Life Sci* 2023; 312: 121185. PMID: 36375569.
- Jung TW, Lee YJ, Lee MW, Kim SM, Jung TW. Full-length adiponectin protects hepatocytes from palmitate-induced apoptosis via inhibition of c-Jun NH2 terminal kinase. *FEBS J* 2009; 276(8): 2278-2284. PMID: 19290887.
- Polyzos SA, Kountouras J, Mantzoros CS. Adipokines in nonalcoholic fatty liver disease. *Metabolism* 2016; 65(8): 1062-1079 PMID: 26725002.
- Yamauchi T, Kamon J, Ito Y, Tsuchida A, Yokomizo T, Kita S, et al. Cloning of adiponectin receptors that mediate antidiabetic metabolic effects. *Nature* 2003; 423(6941): 762-769. PMID: 12802337.
- Chakraborti CK. Role of adiponectin and some other factors linking type 2 diabetes mellitus and obesity. *World J Diabetes* 2015; 6(15): 1296-1308. PMID: 26557957.
- Banerjee A, Sharma D, Trivedi R, Singh J. Treatment of insulin resistance in obesity-associated type 2 diabetes mellitus through

- adiponectin gene therapy. *Int J Pharm* 2020; 583:119357. PMID: 32334065 .
11. Romere C, Duerschmid C, Bournat J, Constable P, Jain M, Xia F, et al. Asprosin, a fasting-induced glucogenic protein hormone. *Cell* 2016; 165(3): 566-579 PMID: 27087445.
 12. Wang Y, Qu H, Xiong X, Qiu Y, Liao Y, Chen Y, et al. Plasma asprosin concentrations are increased in individuals with glucose dysregulation and correlated with insulin resistance and first-phase insulin secretion. *Mediators Inflamm* 2018; 2018: 9471583. PMID: 29743813.
 13. Alan M, Gurlek B, Yilmaz A, Aksit M, Aslanipour B, Gulhan I, et al. Asprosin: a novel peptide hormone related to insulin resistance in women with polycystic ovary syndrome. *Gynecol Endocrinol* 2019; 35(3): 220-223. PMID: 30325247.
 14. Rocha GLd, Crisp AH, De Oliveira MR, Silva CAd, Silva JO, Duarte AC, et al. Effect of high intensity interval and continuous swimming training on body mass adiposity level and serum parameters in high-fat diet fed rats. *Scientific World Journal* 2016; 2016: 2194120.
 15. Wiecek M, Szymura J, Maciejczyk M, Kantorowicz M, Szygula Z. Acute anaerobic exercise affects the secretion of asprosin, irisin, and other cytokines—a comparison between sexes. *Front Physiol* 2018; 9: 1782. PMID: 30618797
 16. Huang R, Song C, Li T, Yu C, Yao T, Gao H, et al. A cross-sectional comparative study on the effects of body mass index and exercise/sedentary on serum asprosin in male college students. *PLoS One* 2022; 17(4): e0265645. PMID: 35381008.
 17. Liu L, Liu Y, Huang M, Zhang M, Zhu C, Chen X, et al. The Effects of Asprosin on Exercise-Intervention in Metabolic Diseases. *Front Physiol* 2022; 13: 907358. PMID: 35899030.
 18. Martinez-Huenchullan SF, Tam CS, Ban LA, Ehrenfeld-Slater P, McLennan SV, Twigg SM. Skeletal muscle adiponectin induction in obesity and exercise. *Metabolism* 2020; 102: 154008. PMID: 31706980.
 19. Khalafi M, Hossein Sakhaei M, Kheradmand S, Symonds ME, Rosenkranz SK. The impact of exercise and dietary interventions on circulating leptin and adiponectin in individuals who are overweight and those with obesity: A systematic review and meta-analysis. *Adv Nutr* 2023; 14(1): 128-146 PMID: 36811585.
 20. Zou Y, Li J, Lu C, Wang J, Ge J, Huang Y, et al. High-fat emulsion-induced rat model of nonalcoholic steatohepatitis. *Life Sci* 2006; 79(11): 1100-1107. PMID: 16624332.
 21. Chen B, Ma Y, Xue X, Wei J, Hu G, Lin Y. Tetramethylpyrazine reduces inflammation in the livers of mice fed a high fat diet. *Mol Med Rep* 2019; 19(4): 2561-2568. PMID: 30720104.
 22. Kleiner DE, Brunt EM, Van Natta M, Behling C, Contos MJ, Cummings OW, et al. Design and validation of a histological scoring system for nonalcoholic fatty liver disease. *Hepatology* 2005;41(6):1313-1321.
 23. Farzanegi P, Habibian M, Alinejad H. The Combined Effect of Regular Aerobic Exercise with Garlic Extract on Renal Apoptosis Regulatory Factors in Aged rats with Chronic Kidney Disease. *J Arak Univ Med Sci* 2016; 19(3): 62-70 (Persian).
 24. Ramos-Filho D, Chicaybam G, de-Souza-Ferreira E, Guerra Martinez C, Kurtenbach E, Casimiro-Lopes G, et al. High intensity interval training (HIIT) induces specific changes in respiration and electron leakage in

- the mitochondria of different rat skeletal muscles. *PloS One* 2015; 10(6): e0131766. PMID: 26121248.
25. Shafiee A, Kordi M, Gaeini A, Soleimani M, Nekouei A, Hadidi V. The effect of eight week of high intensity interval training on expression of mir-210 and ephrinA3 mRNA in soleus muscle healthy male rats. *J Arak Univ Med Sci* 2014; 17(3): 26-34 (Persian).
26. Ke F, Xue G, Jiang X, Li F, Lai X, Zhang M, et al. Combination of asprosin and adiponectin as a novel marker for diagnosing non-alcoholic fatty liver disease. *Cytokine* 2020; 134: 155184. PMID: 32645536.
27. Nakhaei H, Mogharnasi M, Fanaei H. Effect of swimming training on levels of asprosin, lipid profile, glucose and insulin resistance in rats with metabolic syndrome. *Obesity Medicine* 2019; 15: 100111.
28. Duerschmid C, He Y, Wang C, Li C, Bournat JC, Romere C, et al. Asprosin is a centrally acting orexigenic hormone. *Nat Med* 2017; 23(12): 1444-1453. PMID: 29106398.
29. Zhang L, Chen C, Zhou N, Fu Y, Cheng X. Circulating asprosin concentrations are increased in type 2 diabetes mellitus and independently associated with fasting glucose and triglyceride. *Clin Chim Acta* 2019; 489: 183-188. PMID: 29104036 .
30. Lee T, Yun S, Jeong JH, Jung TW. Asprosin impairs insulin secretion in response to glucose and viability through TLR4/JNK-mediated inflammation. *Mol Cell Endocrinol* 2019; 486: 96-104. PMID: 30853600.
31. Jung TW, Kang C, Goh J, Chae SI, Kim HC, Lee TJ, et al. WISP1 promotes non-alcoholic fatty liver disease and skeletal muscle insulin resistance via TLR4/JNK signaling. *J Cell Physiol* 2018; 233(8): 6077-6087.
32. Zhang H, Niu Y, Gu H, Lu S, Zhang W, Li X, et al. Low serum adiponectin is a predictor of progressing to nonalcoholic fatty liver disease. *J Clin Lab Anal* 2019; 33(3): e22709. PMID: 30390352.
33. Simpson KA, Singh MAF. Effects of Exercise on Adiponectin: A Systematic Review. *Obesity* 2008; 16(2): 241-256.
34. Numao S, Sasai H, Nomata Y, Matsuo T, Eto M, Tsujimoto T, et al. Effects of exercise training on circulating retinol-binding protein 4 and cardiovascular disease risk factors in obese men. *Obesity Facts* 2012; 5(6): 845-855.
35. Wang X, Chen X, Zhang H, Pang J, Lin J, Xu X, et al. Circulating retinol-binding protein 4 is associated with the development and regression of non-alcoholic fatty liver disease. *Diabetes & Metabolism* 2020; 46(2): 119-128.