



University of Birjand



Journal of Practical Studies
of Biosciences in Sport

Research Paper

Effects of 12 weeks of traditional and circuit resistance training combined with aerobic exercise on inflammatory adipokines and muscle strength in obese men

Behnam Bagherzadeh-Rahmani¹, Amir Hossein Haghighi^{2*}, Roya Askari³

Received: Apr 23, 2023

Revised: Nov 27, 2023

Accepted: Dec 29, 2023

Article info

1. PhD Student in Exercise Physiology, Faculty of Sport Sciences, Hakim Sabzevari University, Sabzevar, Iran.
2. Professor at Department of Exercise Physiology, Faculty of Sport Sciences, Hakim Sabzevari University, Sabzevar, Iran.
3. Associate Professor at Department of Exercise Physiology, Faculty of Sport Sciences, Hakim Sabzevari University, Sabzevar, Iran.

* Corresponding Author Address:

Department of Exercise Physiology,
Faculty of Sport Sciences, Hakim Sabzevari University, Sabzevar, Iran;

Email: ah.haghighi@hsu.ac.ir

Extended Abstract

Background and Aim: In recent decades, the prevalence of obesity and cardiovascular diseases has increased, contributing to metabolic disorders and chronic inflammation. Interleukin-6 (IL-6) and tumor necrosis factor-alpha (TNF- α) play key roles in inflammation and insulin resistance. While IL-6 exhibits anti-inflammatory effects in response to exercise, its secretion from adipose tissue can exacerbate chronic inflammation. Physical training, particularly a combination of resistance and aerobic training, has been shown to reduce inflammation, improve body composition, and enhancing physical fitness. The physiological adaptations induced by resistance training depend on how it is performed. This study aimed to examine the effects of traditional and circuit resistance training combined with aerobic exercise on pro-inflammatory adipokines (IL-6 and TNF- α), body weight, and muscle strength in obese men.

Materials and Methods: This quasi-experimental study employed a pre-test and post-test design over 12 weeks, involving 36 obese men. Participants were recruited through public advertisements and randomly assigned to three groups: control, traditional resistance training + aerobic training (TRT+AT), and circuit resistance training + aerobic training (CRT+AT). Inclusion criteria included an age range of 20–32 years, a BMI over 30 kg/m², no regular physical activity in the past six months, and general health. Exclusion criteria encompassed the use of metabolism-affecting drugs, joint disorders, and chronic diseases. The study was approved by the Hakim Sabzevari University Ethics Committee (code: IR.HSU.REC.1401.004). All participants were informed about the study protocol and provided written consent. The training program included a 10-minute warm-up, resistance

Cite this article:

Bagherzadeh-Rahmani B, Haghighi AH, Askari R. Effects of 12 weeks of traditional and circuit resistance training combined with aerobic exercise on inflammatory adipokines and muscle strength in obese men. *Journal of Practical Studies of Biosciences in Sport*. 2025;13(33):8-19. <https://doi.org/10.22077/jpsbs.2023.6320.1788>



training, and a 5-minute cool-down. Resistance training consisted of eight exercises (four upper-body and four lower-body movements) with progressive intensity increments: 55% 1RM (weeks 1–4), 64% 1RM (weeks 5–8), and 75% 1RM (weeks 9–12). TRT was performed in three sets, while CRT was executed in a circuit format. Aerobic training was performed on a treadmill after a 5-minute rest at an intensity of 45–65% Heart rate reserve, adjusted using the Karvonen formula. The control group maintained their usual lifestyle without any exercise interventions. Body weight was measured using a calibrated scale, Upper-body and lower-body strength were evaluated via bench press and leg press, respectively. Blood samples were collected 48 hours before and after the intervention following 12 hours of fasting. Plasma IL-6 and TNF- α levels were measured using the ELISA method. The Shapiro-Wilk test was used to assess data normality. Repeated-measures ANOVA was employed for between-group comparisons, while sheffe test was used for within-group analyses. Statistical analyses was performed using SPSS version 29, with a significance level set at $p < 0.05$.

Findings: The Shapiro-Wilk test confirmed the normal distribution of data ($p > 0.05$). Between-group comparisons revealed significant changes in IL-6 and TNF- α levels ($p < 0.001$). Post-hoc analysis showed a significant decrease in IL-6 levels in both the TRT ($p < 0.001$) and CRT ($p < 0.001$) groups compared to the control, with no significant difference between the two training groups ($p = 0.18$). Similarly, TNF- α levels decreased in the TRT ($p = 0.02$) and CRT ($p = 0.01$) groups compared to the control, with no significant difference between the two training groups ($p = 0.15$). The control group showed no significant changes in IL-6 ($p = 0.38$) or TNF- α ($p = 0.58$). Muscle strength assessments showed significant improvements in both TRT and CRT groups for bench press and leg press ($p < 0.001$), with no significant difference between the two groups ($p = 0.21$ for bench press, $p = 0.24$ for leg press). The control group showed no significant changes in bench press ($p = 0.15$) or leg press ($p = 0.66$). Body weight also showed significant changes ($p = 0.01$). The CRT group had a significant reduction in weight compared to the control ($p = 0.02$), while the difference between the TRT and control groups was not statistically significant ($p = 0.07$). Within-group analysis revealed a significant weight reduction in both training groups ($p < 0.001$), while the control group experienced a significant weight gain ($p < 0.001$). Overall, both TRT and CRT effectively reduced IL-6 and TNF- α levels, increased muscle strength, and promoted weight loss, with no significant differences between the two training methods.

Conclusion: This study demonstrated that 12 weeks of traditional and circuit resistance training combined with aerobic exercise significantly reduced IL-6 and TNF- α levels, decreased body weight, and increased muscle strength in obese men. CRT had a greater impact on weight reduction, which may be due to shorter rest periods and higher post-exercise metabolic rate. Consistent with previous research, our findings suggest that combining resistance and aerobic training elicits greater anti-inflammatory effects than either modality alone. Training intensity and duration appear to be key factors influencing IL-6 and TNF- α reduction.

Since reducing fat mass and modulating inflammatory adipokines are critical for preventing metabolic complications of obesity, well-structured exercise programs can play a significant role in improving physical health, reducing economic burdens, and lowering obesity- and diabetes-related mortality rates.

Keywords: Obesity, Inflammation, Interleukin-6, Tumor necrosis factor alpha, Exercise training.

Ethical Considerations: This study was approved by the Ethics Committee of Hakim Sabzevari University (IR.HSU.REC.1401.004). All participants were informed about the study procedures and provided written informed consent.

Compliance with Ethical Guidelines: The research followed the ethical standards of the Declaration of Helsinki and institutional guidelines. Participation was voluntary, and confidentiality was maintained.

Funding: This study received no external funding and was conducted with the resources available to the research team.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflicts of interest regarding the publication of this study.

اثرات ۱۲ هفته تمرین مقاومتی سنتی و دایره‌ای همراه با تمرین هوازی بر آدیپوکاین‌های التهابی و قدرت عضلانی مردان چاق

ID

ID

ID

بهنام باقرزاده رحمانی^۱، امیرحسین حقیقی^{۲*}، رویا عسکری^۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۰۸

تاریخ ویرایش: ۱۴۰۲/۰۹/۰۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۲/۰۳

اطلاعات مقاله

چکیده

زمینه و هدف: یافتن تمرین ورزشی که دارای اثربخشی زیاد و سریع باشد، می‌تواند افراد چاق را برای انجام فعالیت ورزشی ترغیب کند. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثرات ۱۲ هفته تمرین مقاومتی دایره‌ای و سنتی همراه با تمرین هوازی بر اینترلوکین-۶ (IL-6)، عامل نکروزی تومور آلفا (TNF- α) و قدرت عضلانی در مردان چاق بود. **روش تحقیق:** تعداد ۳۶ مرد چاق (با میانگین سنی $25/75 \pm 3/22$ سال و شاخص توده بدنی $1/3 \pm 25/13$ کیلوگرم بر متر مربع) به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی به سه گروه مساوی (۱۲ نفر) شامل کنترل، تمرین مقاومتی سنتی + هوازی و تمرین مقاومتی دایره‌ای + هوازی تقسیم شدند. شرکت کنندگان در گروه‌های تمرینی، ابتدا تمرین مقاومتی و سپس تمرین هوازی را به مدت ۱۲ هفته و سه جلسه در هفته به اجرا درآوردند. تمرین مقاومتی با شدت ۵۵ تا ۷۵ درصد یک تکرار بیشینه و تمرین هوازی با شدت ۴۵ تا ۶۵ درصد ضربان قلب ذخیره در طول ۱۲ هفته اجرا شد. خونگیری در دو مرحله پیش و پس از آزمون جهت سنجش شاخص‌های IL-6 و TNF- α صورت گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و تعقیبی شفه در سطح معنی‌داری $p < 0/05$ استفاده شد. **یافته‌ها:** سطوح IL-6 و TNF- α در گروه‌های تمرینی نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌داری داشتند ($p < 0/001$)، اما بین دو گروه تمرینی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($p > 0/05$). قدرت عضلانی بالاتنه و پایین‌تنه در هر دو گروه تمرینی نسبت به گروه کنترل افزایش معنی‌داری داشت ($p < 0/001$)، اما این تغییرات بین دو گروه تمرینی معنی‌دار نبود ($p > 0/05$). وزن بدن فقط در گروه تمرین مقاومتی دایره‌ای نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری کاهش یافت ($p < 0/01$). **نتیجه‌گیری:** انجام ۱۲ هفته تمرینات مقاومتی سنتی و دایره‌ای همزمان با تمرین هوازی، سبب تعدیل سطوح آدیپوکاین‌های التهابی و بهبود قدرت عضلانی در مردان چاق می‌شود؛ اما پیشنهاد می‌شود برای کاهش وزن بیشتر از تمرینات مقاومتی دایره‌ای استفاده گردد.

واژه‌های کلیدی: چاقی، التهاب، اینترلوکین-۶، عامل نکروزی تومور آلفا، تمرینات ورزشی.

۱. دانشجوی دکتری فیزیولوژی ورزشی، دانشکده علوم ورزشی، دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران.
۲. استاد گروه فیزیولوژی ورزشی، دانشکده علوم ورزشی، دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران.
۳. دانشیار گروه فیزیولوژی ورزشی، دانشکده علوم ورزشی، دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران.

* آدرس نویسنده مسئول:
سبزوار، دانشگاه حکیم سبزواری،
دانشکده علوم ورزشی، گروه
فیزیولوژی ورزشی؛

پست الکترونیک:

ah.haghighi@hsu.ac.ir

مقدمه

در دهه های گذشته نرخ شیوع چاقی در سراسر جهان رو به افزایش بوده است (۱). چاقی و بیماری های قلبی-عروقی از عوامل اصلی مرگ و میر در بسیاری کشورها است. چاقی خطر ابتلا به بیماری های جدی از جمله انواع سرطان و مرگ زودرس را افزایش می دهد (۲). چاقی با اختلالات متابولیکی جدی مانند مقاومت به انسولین، دیابت نوع دو، فشار خون بالا، بیماری های قلبی و عروقی، دیس لیپیدمی^۱ و هایپرگلیسمی^۲ مرتبط است و این عوامل به عنوان سندرم متابولیک^۳ نیز شناخته می شوند (۳). چاقی با التهاب مزمن همراه است و التهاب می تواند در شروع یا پیشرفت بیماری های متابولیکی مرتبط با چاقی، نقش داشته باشد (۴). اینترلوکین-۶ (IL-6) سایتوکاینی است که هم به عنوان یک آدیپوکاین پیش التهابی و هم به عنوان یک مایوکاین ضد التهابی عمل می کند. افزایش ترشح IL-6 از عضلات اسکلتی، اثرات مثبت و مهمی در تنظیم سیستم ایمنی، متابولیسم و رشد عضلات دارد (۵). ترشح IL-6 در عضله اسکلتی ناشی از فعالیت ورزشی، نقش ضد التهابی دارد (۶). IL-6 اولین مایوکاینی است که توسط عضله اسکلتی در حین ورزش و در پاسخ به انقباض عضلانی تولید و در جریان خون آزاد می شود (۷) و اثرات ضد التهابی خود را از طریق مهار عامل نکروزی تومور آلفا^۵ (TNF- α) و اینترلوکین-۱ (IL-1) و فعال سازی اینترلوکین-۱۰ (IL-10) انجام می دهد (۸). با این حال افزایش آزادسازی IL-6 از بافت چربی می تواند نشانه التهاب مزمن باشد و باعث افزایش مقاومت به انسولین شود (۹). بنابراین افزایش سطوح IL-6 در حالت استراحت به عنوان یک عامل التهابی در نظر گرفته می شود که با مقاومت به انسولین به ویژه در افراد چاق همراه است (۱۰). TNF- α یک سایتوکاین و یک آدیپوکاین است. به عنوان یک سایتوکاین، TNF- α توسط سیستم ایمنی برای سیگنال دهی در سلول ها استفاده می شود. اگر ماکروفاژها عفونت را تشخیص دهند، TNF- α را آزاد می کنند تا سلول های دیگر سیستم ایمنی را از یک پاسخ التهابی آگاه کنند. TNF- α به عنوان یک آدیپوکاین، مقاومت به انسولین را تقویت می کند و با دیابت نوع دو ناشی از چاقی مرتبط است (۹). غلظت TNF- α

و IL-6 در چاقی افزایش می یابند و باعث افزایش التهاب می شوند (۱۱ و ۱۲).

به طور کلی، افراد بی تحرک و چاق از قدرت نسبی کمتری نسبت به افراد سالم برخوردار هستند. مطالعات متعددی نقش مثبت تمرینات ورزشی را روی بیماران و افراد چاق از طریق افزایش کیفیت زندگی، ارتقای عوامل آمادگی جسمانی، تعدیل التهاب، پیشگیری از دیابت و سایر بیماری ها، تایید کرده اند (۱۳-۱۵). اجرای تمرینات مقاومتی به صورت سنتی از دهه ها قبل مورد استفاده قرار می گرفت. بعدها تمرینات مقاومتی دایره های توسعه داده شد (۱۶). اجرای تمرینات مقاومتی به صورت سنتی نیازمند صرف زمان بیشتری است، اما دارای فواید استراحتی طولانی تر است. اجرای تمرینات مقاومتی به صورت دایره ای، نیازمند صرف زمان کمتری است و دارای فواید استراحتی کمتری می باشد. از طرفی، نشان داده شده است ترکیب تمرینات هوازی با برنامه های مقاومتی اثرات مطلوب بیشتری نسبت به انجام هر کدام از شیوه های تمرینی به تنهایی دارد (۱۷). مطالعات اثرات مثبت تمرینات ترکیبی را بر التهاب، ترکیب بدن و آمادگی جسمانی گزارش کرده اند (۱۷ و ۱۸). بنابراین، به نظر می رسد اجرای تمرینات مقاومتی و هوازی به شیوه ترکیبی برای دستیابی به جنبه های بیشتر سلامتی در افراد چاق، با اهمیت باشد.

تمرینات مقاومتی بسته به شیوه اجرا، می تواند سازگاری های متفاوتی را به همراه داشته باشند و بر سلامتی و عوامل التهابی مانند IL-6 و TNF- α ، به ویژه در افراد چاق اثر گذار باشند. از طرفی، بررسی همزمان انواع تمرینات مقاومتی در کنار تمرین هوازی، برای شناخت اثرات انواع تمرینات ترکیبی نیز می تواند مهم تلقی شود. بنابراین، هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثر تمرینات مقاومتی سنتی و دایره ای به صورت ترکیبی با تمرین هوازی، بر آدیپوکاین های پیش التهابی IL-6 و TNF- α ، وزن بدن، قدرت بالاتنه و پایین تنه در مردان چاق بود.

روش تحقیق

طراحی مطالعه: پژوهش حاضر از نوع کاربردی و نیمه تجربی می باشد که با استفاده اندازه گیری های پیش

1. Dyslipidemia
2. Hyperglycemia

3. Metabolic syndrome
4. Interleukin-6

5. Tumor necrosis factor alpha

پشت ران^{۱۱} و جلو ران^{۱۲} برای پایین تنه استفاده شد. به شرکت‌کننده‌ها آموزش داده شد که در مرحله برون‌گرا، دم و در مرحله درون‌گرا، بازدم را انجام دهند. تمرینات مقاومتی از گروه‌های عضلانی بزرگ‌تر و حرکات چند مفصله شروع و به گروه‌های عضلانی کوچک‌تر و حرکات تک مفصله ختم شد. پروتکل تمرین مقاومتی سنتی شامل هشت حرکت در سه نوبت بود و تمرینات از حرکات بالاتنه شروع و به حرکات پایین تنه ختم شد (جدول یک). پروتکل تمرین مقاومتی دایره‌ای شامل هشت ایستگاه، به صورت پشت سر هم در دو دایره بود (جدول یک). تمرین مقاومتی با شدت ۵۵ درصد یک تکرار بیشینه^{۱۳} (1RM) در چهار هفته اول شروع و با شدت ۷۵ درصد 1RM در چهار هفته آخر به پایان رسید. قبل از به دست آوردن 1RM، شرکت‌کنندگان ابتدا بدن خود را گرم کردند. سپس وزنه ای انتخاب شد که آنها حداکثر تا ۱۰ تکرار را بتوانند انجام دهند. سپس از طریق تعداد تکرار و وزنه مهار شده، حداکثر قدرت شرکت‌کنندگان به روش غیر مستقیم به دست آمد (۲۰).

پروتکل تمرین هوازی^{۱۴} (AT) پس از ۵ دقیقه استراحت بعد از تمرینات مقاومتی روی نوارگردان انجام شد (جدول دو). تمرین هوازی با شدت ۴۵ درصد ضربان قلب ذخیره^{۱۵} (HRR) در چهار هفته اول شروع و با شدت ۶۵ درصد HRR در چهار هفته آخر به پایان رسید. کنترل شدت تمرین هوازی با توجه به HRR و با استفاده از فرمول کاروونن^{۱۶} انجام شد (۲۱، ۲۲). اندازه‌گیری‌ها و محاسبات در فواصل چهار هفته‌ای تکرار و سپس بر اساس اصل اضافه بار، شدت تمرینات طبق اصل پیشرفت تدریجی افزایش یافت. به شرکت‌کننده‌ها در گروه کنترل آموزش داده شد که سبک زندگی معمول خود (غیرفعال) را به مدت ۱۲ هفته حفظ کنند.

ارزیابی و سنجش متغیرهای تحقیق: ۲۴ ساعت قبل و ۷۲ ساعت پس از پایان تمرینات، قدرت بالا تنه و پایین تنه شرکت‌کننده‌ها با استفاده از روش برزیسکی^{۱۷} محاسبه شد (۲۰). حداکثر قدرت بالاتنه با حرکت پرس سینه و حداکثر قدرت پایین تنه با حرکت پرس پا ارزیابی گردید.

آزمون و پس آزمون انجام شد. جامعه آماری شامل مردان چاق بود که از طریق فراخوان در اماکن عمومی، باشگاه‌ها و رسانه‌های اجتماعی برای این مطالعه، ثبت نام شدند. حجم نمونه به وسیله نرم افزار جی پاور^۱ و بر اساس آزمون مورد استفاده در تحقیق (آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر) با توان آماری ۸۰ درصد و سطح خطا ۰/۰۵ درصد، ۳۶ نفر تعیین شد. از ۴۲ مرد چاق داوطلب، ۳۶ نفر به صورت هدفمند، انتخاب و به‌طور تصادفی به سه گروه مساوی (۱۲ نفر) کنترل، تمرین مقاومتی سنتی^۲ (TRT) + هوازی و تمرین مقاومتی دایره‌ای^۳ (CRT) + هوازی تقسیم شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل دامنه سنی ۲۰ تا ۳۲ سال، شاخص توده بدنی^۴ (BMI) بیشتر از ۳۰ کیلوگرم بر متر مربع، عدم شرکت در فعالیت بدنی منظم در شش ماه گذشته، عدم وجود بیماری قلبی-عروقی، متابولیک و غدد درون ریز، و عدم مصرف مواد مخدر و الکل بود. وجود اختلالات مفصلی، ناتوانی‌های جسمی و مصرف داروها و مکمل‌های اثر گذار بر متابولیسم عضلات و بافت چربی، از ملاک‌های خروج از مطالعه بودند.

ملاحظات اخلاقی: پژوهش حاضر پس از کسب کد اخلاق IR.HSU.REC.1401.004 از کمیته اخلاق دانشگاه حکیم سبزواری اجرا شد. سلامت جسمانی و سطح آمادگی جسمانی افراد توسط پزشک و یک فیزیولوژیست ورزشی با استفاده از پرسشنامه‌های سلامت/سوابق پزشکی و آمادگی فعالیت بدنی تأیید گردید (۱۹). قبل از شرکت در تحقیق، کلیه مراحل و روش کار برای شرکت‌کننده‌ها توضیح داده شد و همه آنها یک فرم رضایت آگاهانه را تکمیل کردند.

نحوه اجرای پروتکل تمرین: تمرینات توسط تیمی از متخصصان فیزیولوژی ورزشی طراحی شد. هر جلسه شامل یک مرحله گرم کردن (۱۰ دقیقه)، بخش اصلی تمرین (تمرین مقاومتی + تمرین هوازی) و سرد کردن (۵ دقیقه) بود. تمرین مقاومتی شامل چهار حرکت برای بالا تنه و چهار حرکت برای پایین تنه بود. از حرکات پرس سینه^۵، لت از جلو^۶، جلو بازو^۷ و پشت بازو^۸ برای بالا تنه استفاده شد و از حرکات اسکوات^۹، پرس پا^{۱۰}،

1. G-power
2. Traditional resistance training
3. Circuit resistance training
4. Body mass index
5. Bench press
6. Lat pull-down

7. Biceps curl
8. Triceps push-down
9. Squat
10. Leg press
11. Lying leg curl
12. Leg extension

13. One repetition maximum
14. Aerobic training
15. Heart rate reserve
16. Karvonen
17. Brzycki

به روش الیزا و با کیت بایوتک^۴ ساخت کشور آمریکا با حساسیت کمتر از ۰/۰۴۹ پیکوگرم بر میلی لیتر و ضریب تغییرات درون سنجی کمتر از ۲ درصد و ضریب تغییرات بیرون سنجی کمتر از ۶ درصد، با توجه به دستورالعمل‌ها سنجش شد.

روش‌های آماری: برای دسته بندی و تعیین شاخص‌های پراکندگی از آمار توصیفی و برای اطمینان از طبیعی بودن توزیع داده ها از آزمون شاپیرو-ویلک^۵ استفاده شد. مقایسه درون گروهی با استفاده از آزمون t زوجی و مقایسه بین گروه‌ها با استفاده از آزمون‌های آنالیز واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی شفه^۶ انجام شد. تجزیه و تحلیل‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۹ صورت گرفت و سطح معنی داری از نظر آماری $p < 0/05$ در نظر گرفته شد.

نمونه‌های خونی نیز ۴۸ ساعت قبل و بعد مداخله به مقدار ۱۰ میلی لیتر از ورید بازویی در حالت ۱۲ ساعت ناشتایی بین ساعات ۸-۱۰ صبح و در شرایط محیطی مناسب (۲۰ درجه سانتی‌گراد و رطوبت ۵۰ درصد) جمع‌آوری شد. در ۳۰ دقیقه اولیه پس از جمع‌آوری، نمونه‌ها به لوله‌های حاوی ماده ضد انعقاد^۱ جهت تهیه پلاسما انتقال داده شد و به مدت ۱۵ دقیقه سانتریفیوژ شدند. پلاسما جمع‌آوری شده در پیش آزمون تا زمان جمع‌آوری پلاسما پس‌آزمون، برای ارزیابی نهایی در دمای منفی ۷۰ درجه سانتی‌گراد نگهداری شد. سطح پلاسمایی IL-6 به روش الیزا^۲ و با کیت مای بایو سورس^۳ ساخت کشور آمریکا با حساسیت کمتر از ۰/۳۵ پیکوگرم بر میلی لیتر و ضریب تغییرات درون سنجی کمتر از ۱۰ درصد و ضریب تغییرات بیرون سنجی کمتر از ۱۲ درصد، اندازه گیری شد. سطح پلاسمایی TNF- α

جدول ۱. دستورالعمل انجام تمرینات مقاومتی

هفته ها	متغیر ها	سنی	دایره‌ای
۱-۱۲	تعداد جلسات در هفته	۳	۳
	تعداد حرکات	۸	۸
	نوبت	۳	۳
	زمان استراحت بین هر دایره یا نوبت (ثانیه)	۹۰	۲۴۰
	زمان استراحت بین هر ایستگاه یا حرکت (ثانیه)	۹۰	۱۵
۱-۴	تکرار	۱۲	۱۲
۵-۸	شدت (1RM)	۵۵	۵۵
	تکرار	۱۰	۱۰
	شدت (1RM)	۶۴	۶۴
۹-۱۲	تکرار	۸	۸
	شدت (1RM)	۷۵	۷۵

جدول ۲. دستورالعمل انجام تمرین هوازی

متغیرها	هفته ۱-۴	هفته ۵-۸	هفته ۹-۱۲
مدت (دقیقه)	۳۰	۲۷/۵	۲۵
شدت (HRR)	۴۵	۵۵	۶۵

یافته ها

دایره‌ای ($p < 0/001$) نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌داری داشت، در حالی که تفاوت معنی‌داری بین این دو گروه تمرینی مشاهده نشد ($p = 0/18$). همچنین، آزمون تعقیبی شفه نشان داد که سطح TNF- α در گروه‌های تمرین سنتی ($p = 0/02$) و دایره‌ای ($p = 0/01$) نسبت به گروه کنترل کاهش داشت، اما بین این دو گروه تمرینی تفاوت معنی‌داری

آزمون شاپیرو-ویلک توزیع طبیعی داده‌ها را تأیید کرد ($p > 0/05$). نتایج آزمون آنالیز واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که سطوح IL-6 و TNF- α بین گروه‌های تحقیق تفاوت معنی‌دار دارد ($p < 0/001$). بر اساس آزمون تعقیبی شفه، مقدار IL-6 در گروه‌های تمرین سنتی ($p < 0/001$) و

1. Ethylene Diamine Tetra Acetic acid
2. Enzyme-linked immunosorbent assay

3. MyBioSource
4. Bio-Techne

5. Shapiro-Wilk
6. Sheffe

مشاهده نشد ($p=0/15$). علاوه بر این، بررسی تغییرات درون‌گروهی نشان داد که سطوح IL-6 و TNF- α در هر دو گروه تمرینی نسبت به پیش‌آزمون کاهش معنی‌داری داشته است ($p<0/001$), در حالی که در گروه کنترل در سطوح IL-6 ($p=0/38$) و TNF- α ($p=0/58$) تغییر معنی‌داری مشاهده نشد (جدول سه).
براساس نتایج آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر، تغییرات معنی‌داری در قدرت عضلانی بالاتنه و پایین‌تنه بین گروه‌ها مشاهده شد ($p<0/001$). نتایج آزمون تعقیبی شفه نشان داد قدرت بیشینه در پرس سینه برای شرکت‌کنندگان گروه‌های سنتی ($p<0/001$) و دایره‌ای ($p<0/001$) در مقایسه با گروه کنترل افزایش معنی‌داری دارد، اما تفاوت معنی‌داری بین این دو گروه تمرینی مشاهده نشد ($p=0/21$). به‌طور مشابه، در پرس پا نیز قدرت بیشینه در گروه‌های سنتی ($p=0/15$) و دایره‌ای ($p=0/15$) نسبت به گروه کنترل افزایش داشت، اما تفاوت

قابل توجهی بین دو گروه تمرینی مشاهده نشد ($p=0/24$). بررسی تغییرات درون‌گروهی نیز نشان داد که قدرت بیشینه در پرس سینه و پرس پا در هر دو گروه تمرینی نسبت به پیش‌آزمون افزایش معنی‌داری داشت ($p<0/001$), اما در گروه کنترل قدرت بیشینه در حرکات پرس سینه ($p=0/15$) و پرس پا ($p=0/66$) تغییر معنی‌داری نداشت (جدول سه).
ارزیابی تغییرات بین گروه‌ها نشان داد که وزن بدن تغییرات معنی‌داری دارد ($p<0/001$). وزن بدن در گروه تمرین مقاومتی دایره‌ای نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌داری داشت ($p<0/02$), اما تغییرات در بین گروه تمرین مقاومتی سنتی و کنترل معنی‌دار نبود ($p<0/07$). همچنین بررسی تغییرات درون‌گروهی نشان داد وزن بدن کاهش معنی‌داری در درون گروه‌های تمرینی نسبت به پیش‌آزمون داشت ($p<0/001$)، اما در گروه کنترل افزایش معنی‌داری داشت ($p<0/001$) (جدول سه).

جدول ۳. توصیف و مقایسه شاخص‌های التهابی، قدرت عضلانی و وزن بدن بین گروه‌های شرکت‌کننده در تحقیق

درون گروهی		بین گروه‌ها		اندازه‌گیری‌ها		گروه‌ها	متغیرها
p	t	p	η^2	F	پس آزمون	پیش آزمون	
0/001*	-13/96	0/01*	0/22	4/88	107/53 ± 5/02	105/77 ± 5/23	کنترل
0/001*	8/39				100/45 ± 2/96	104/55 ± 3/11	سنتی
0/001*	28/59				98/68 ± 3/76	105/22 ± 3/70	دایره‌ای
0/38	-0/90	0/001*	0/88	130/09	21/05 ± 0/90	20/76 ± 0/62	کنترل
0/001*	30/26				15/00 ± 0/33	20/81 ± 0/76	سنتی
0/001*	20/87				14/71 ± 0/63	21/05 ± 0/85	دایره‌ای
0/58	-0/55	0/001*	0/24	5/47	3/11 ± 0/46	3/10 ± 0/47	کنترل
0/001*	20/50				2/15 ± 0/47	2/97 ± 0/46	سنتی
0/001*	59/70				2/16 ± 0/44	3/01 ± 0/43	دایره‌ای
0/15	1/52	0/001*	0/86	102/41	54/74 ± 2/64	55/07 ± 2/45	کنترل
0/001*	-12/81				49/87 ± 8/84	61/29 ± 3/73	سنتی
0/001*	-16/56				48/24 ± 5/92	62/79 ± 2/91	دایره‌ای
0/66	0/45	0/001*	0/93	220/61	170/54 ± 4/78	170/93 ± 5/04	کنترل
0/001*	-25/98				2243/59 ± 3/67	172/04 ± 9/04	سنتی
0/001*	-22/81				2241/25 ± 5/39	171/32 ± 8/77	دایره‌ای

*: نشانه تفاوت معنی‌دار درون گروهی؛ †: نشانه تفاوت معنی‌دار بین گروه‌ها؛ ‡: نشانه تفاوت معنی‌داری با گروه کنترل.

سطح معنی‌داری از نظر آماری $p<0/05$ در نظر گرفته شد.

بحث

کاهش معنی‌دار IL-6، TNF- α و وزن بدن و افزایش معنی‌دار قدرت بالاتنه و پایین‌تنه مردان چاق گردید. تسای^۱ و دیگران (۲۰۲۱) تاثیر ۱۰ هفته تمرین مقاومتی با حجم

پژوهش حاضر نشان داد که انجام ۱۲ هفته تمرین مقاومتی سنتی و دایره‌ای به صورت همزمان با تمرین هوازی، سبب

ترکیبی به صورت پنج جلسه در هفته و هر جلسه ۳۰ تا ۵۰ دقیقه، با تغییر معنی دار سطح IL-6 همراه نیست، اما سبب کاهش معنی دار سطح TNF- α می شود. تمرین هوازی شامل دوچرخه سواری بود و تمرین مقاومتی شامل تمریناتی برای تمام گروه های عضلانی اصلی با تمرکز بر اندام پایین تنه با رعایت اصل اضافه بار بود. این پژوهشگران تغییرات معنی دار در سطح IL-6 را با شدت و مدت بالاتر تمرین مرتبط دانستند (۲۹). احتمال دارد اثرات معنی دار تمرینات ترکیبی بر سطوح IL-6 در پژوهش حاضر، به مدت دوازده هفته پروتکل تمرینی مرتبط باشد.

سعیدی و دیگران (۲۰۲۳) تاثیر ۱۲ هفته تمرینات مقاومتی سنتی، تناوبی و دایره ای را در مردان چاق بررسی کردند. تمرینات مقاومتی در همه گروه های تمرینی با شدت ۵۰ درصد 1RM و با ۱۴ تکرار انجام شد. آنها گزارش کردند تمرینات مقاومتی تناوبی و دایره ای اثرات مطلوب تری نسبت به تمرینات مقاومتی سنتی، بر عوامل التهابی مانند گرمیلین^۱ و ترکیب بدن، نیمرخ لیپیدی و مقاومت به انسولین دارند (۳۰). ممکن است کاهش بافت چربی به علت نقش مهم آن در آزادسازی آدیپوکاین های پیش التهابی، از عوامل مؤثر در کاهش بیومارکرهای پیش التهابی در پژوهش حاضر باشد. میزان افزایش سطح IL-6 به نوع، مدت و شدت فعالیت ورزشی بستگی دارد. میزان توده های عضلانی درگیر در فعالیت نیز می توانند بر پاسخ IL-6 به فعالیت ورزشی تاثیرگذار باشند (۳۱). افزایش مزمن سطح IL-6 منجر به افزایش مقاومت به انسولین، سندرم متابولیک و دیابت نوع دو و کاهش بیان انتقال دهنده گلوکز^۲ (GLUT-4) و سوپسترای گیرنده انسولین^۳ (IRS1) می شود (۳۲). یکی از تاثیرات پاتولوژیک شناخته شده TNF- α نقش آن در بروز مقاومت به انسولین است. این سایتوکاین با اثرگذاری بر گیرنده انسولین، IRS-1 و GLUT-4، برداشت گلوکز ناشی از تحریک انسولین در آدیپوسیت ها را سرکوب می کند (۳۳). با توجه به اینکه بافت چربی سفید یکی از جایگاه های اصلی ترشح TNF- α به عنوان یک آدیپوکاین پیش التهابی است، سطح این آدیپوکاین در افراد چاق به صورت قابل ملاحظه ای افزایش پیدا می کند. افراد چاق به دلیل اضافه وزن و توده چربی بیشتر دارای

یکسان را در افراد مسن پیش دیابتی که به طور تصادفی به دو گروه ۱۲ نفره شامل تمرین مقاومتی با شدت کم (۴۰ درصد 1RM) و شدید (۸۰ درصد 1RM) تقسیم شدند، بررسی کردند. سطح سرمی TNF- α تنها در گروه تمرین مقاومتی با شدت بالا کاهش معنی داری داشت؛ اما تغییر معنی داری در سطح IL-6 در گروه ها مشاهده نشد. این محققان نتیجه گرفتند که تمرین مقاومتی با شدت بالا در تضعیف التهاب سیستمیک ناشی از افزایش سن موثرتر است (۲۳). از طرفی، در مطالعه ای انجام ۱۲ هفته تمرین هوازی به صورت سه جلسه در هفته با کاهش معنی دار TNF- α و IL-6 در مردان و زنان چاق با دیابت نوع دو، همراه بوده است (۲۴). ممکن است هم انجام تمرینات مقاومتی و هم انجام تمرین هوازی، سبب تعدیل عوامل التهابی شوند. در پژوهشی نشان داده شده است که انجام تمرینات مقاومتی و هوازی به صورت ترکیبی اثرات ضد التهابی بیشتری نسبت به انجام جداگانه تمرین هوازی و مقاومتی دارد و سبب کاهش معنی دار IL-6 و TNF- α می شود (۲۵). در پژوهشی دیگر، مردان غیر ورزشکار دارای اضافه وزن، به مدت هشت هفته در دو زمان صبح و عصر تمرینات مقاومتی و هوازی را به صورت ترکیبی انجام دادند. تمرین هوازی به صورت راه رفتن سریع و سپس دویدن آهسته و حرکات کششی بود و تمرین مقاومتی ترکیبی از حرکات پایین تنه و بالا تنه با وزنه بود. نتایج کاهش معنی دار IL-6 را در هر دو زمان صبح و عصر نشان دادند. احتمالاً تمرینات ترکیبی صرف نظر از زمان صبح و عصر، سبب کاهش آدیپوکاین های پیش التهابی می گردد (۲۶). اما ناهمسو با پژوهش حاضر، ۱۲ هفته تمرین ترکیبی تاثیر معنی داری بر سطح IL-6 در زنان مبتلا به دیابت نوع دو ایجاد نکرد. پژوهشگران گزارش دادند اثرات ضد التهابی ورزش با نوع، شدت و مدت تمرینات ورزشی مرتبط است (۲۷). همچنین در پژوهشی دیگر نشان داده شده است که هشت هفته تمرین ترکیبی مقاومتی و هوازی (چهار روز در هفته، ۷۰ دقیقه در هر جلسه) تاثیر معنی داری بر سطح پلاسمایی TNF- α ندارد (۲۸). احتمالاً نحوه اجرا و پروتکل تمرینی متفاوت، سبب ایجاد نتایج متفاوت می شود. در پژوهشی دیگر نشان داده شد هشت هفته تمرین

1. Gremlin

2. Glucose transporter type-4

3. Insulin receptor substrate-1

تمرینات مقاومتی دایره‌ای اثرات معنی داری بر کاهش وزن بدن دارد. از محدودیت‌های تحقیق حاضر می‌توان به عدم کنترل بیماری‌های پنهان و سیکل شبانه روزی خواب و بیداری شرکت کنندگان اشاره کرد. اگر تمرینات ورزشی به صورت درست برای افراد چاق تجویز شوند، می‌توان انتظار ارتقای جنبه‌های بیشتر جسم و سلامت را در مدت زمان کوتاه‌تر داشت. با تبدیل افراد چاق به افراد سالم از طریق ورزش، احتمال کاهش بار اقتصادی، افزایش سطح سلامت جسمی و روانی و همچنین کاهش مرگ و میر ناشی از عوارض چاقی و دیابت وجود دارد.

نتیجه‌گیری: انجام ۱۲ هفته تمرینات مقاومتی سنتی و دایره‌ای به صورت همزمان با تمرین هوازی، سبب تعدیل سطوح آدیپوکاین‌های التهابی و بهبود قدرت عضلانی در مردان چاق می‌شود. با این حال، ممکن است تمرینات مقاومتی دایره‌ای اثرات مطلوب‌تری در کاهش وزن نسبت به تمرینات مقاومتی سنتی داشته باشد.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ تضاد منافی را در مورد انتشار این مطالعه اعلام نمی‌کنند.

قدردانی و تشکر

از تمام افرادی که در این پژوهش مشارکت و همکاری کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایم.

قدرت نسبی کمتری نسبت به افراد سالم و بدون اضافه وزن هستند. به همین دلیل، کیفیت فعالیت‌های روزانه آنها پایین‌تر از افراد سالم است. از طرفی، تمرینات هوازی و مقاومتی می‌توانند در افزایش میزان متابولیسم پایه، ترکیب بدن و قدرت عضلانی اثرگذار باشند (۳۴). نشان داده شده است تمرینات ورزشی می‌توانند با کاهش درصد چربی بدن، موجب بهبود عوامل آمادگی جسمانی شوند (۳۵). ممکن است در تحقیق حاضر، تمرینات ورزشی ترکیبی با کاهش وزن، و ارتقای عملکرد عصبی-عضلانی سبب افزایش قدرت عضلانی بالا تنه و پایین تنه باشند. در تحقیق حاضر نشان داده شد که وزن بدن در گروه تمرین دایره‌ای به طور معنی داری کاهش یافته است. در حین انجام تمرینات مقاومتی دایره‌ای افراد با استراحت کمتر و ضربان قلب بالاتر نسبت به تمرینات سنتی روبه‌رو می‌شوند و به همین دلیل ممکن است میزان متابولیسم استراحتی بالاتری را تجربه کنند.

کاهش توده چربی و عادی سازی ترشح آدیپوکاین‌ها یک راهکار مهم برای پیشگیری و بهبود اختلالات ناشی از چاقی است. مطالعه حاضر نشان داد که انجام تمرین مقاومتی سنتی و دایره‌ای به صورت همزمان با تمرین هوازی، به عنوان یک استراتژی موثر برای تعدیل سطوح برخی از آدیپوکاین‌های التهابی و بهبود قدرت در مردان چاق در نظر گرفته می‌شود. از طرفی هم، نشان داده شد

منابع

1. Chooi YC, Ding C, Magkos F. The epidemiology of obesity. *Metabolism*. 2019;92:6-10. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2018.09.005>
2. Esposito K, Chiodini P, Colao A, Lenzi A, Giugliano D. Metabolic syndrome and risk of cancer: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*. 2012;35(11):2402-11. <https://doi.org/10.2337/dc12-0336>
3. Saltiel AR, Olefsky JM. Inflammatory mechanisms linking obesity and metabolic disease. *The Journal of Clinical Investigation*. 2017;127(1):1-4. <https://doi.org/10.1172/jci92035>
4. Lasselin J, Capuron L. Chronic low-grade inflammation in metabolic disorders: relevance for behavioral symptoms. *Neuroimmunomodulation*. 2014;21(2-3):95-101. <https://doi.org/10.1159/000356535>
5. Li F, Li Y, Duan Y, Hu C-AA, Tang Y, Yin Y. Myokines and adipokines: Involvement in the crosstalk between skeletal muscle and adipose tissue. *Cytokine & Growth Factor Reviews*. 2017;33:73-82. <https://doi.org/10.1016/j.cytogfr.2016.10.003>

6. Pedersen BK, Febbraio MA. Muscles, exercise and obesity: skeletal muscle as a secretory organ. *Nature Reviews Endocrinology*. 2012;8(8):457-65. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2012.49>
7. Febbraio MA, Pedersen BK. Contraction-induced myokine production and release: is skeletal muscle an endocrine organ? *Exercise and Sport Sciences Reviews*. 2005;33(3):114-9. <https://doi.org/10.1097/00003677-200507000-00003>
8. Petersen AMW, Pedersen BK. The anti-inflammatory effect of exercise. *Journal of Applied Physiology*. 2005;98(4):1154-62. <https://doi.org/10.1152/jappphysiol.00164.2004>
9. Pedersen BK, Steensberg A, Fischer C, Keller C, Keller P, Plomgaard P, et al. The metabolic role of IL-6 produced during exercise: is IL-6 an exercise factor? *Proceedings of the Nutrition Society*. 2004;63(2):263-7. <https://doi.org/10.1079/pns2004338>
10. Sethi JK, Hotamisligil GS. Metabolic messengers: tumour necrosis factor. *Nature Metabolism*. 2021;3(10):1302-12. <https://doi.org/10.1038/s42255-021-00470-z>
11. Kern L, Mittenbühler MJ, Vesting AJ, Ostermann AL, Wunderlich CM, Wunderlich FT. Obesity-induced TNF α and IL-6 signaling: the missing link between obesity and inflammation—driven liver and colorectal cancers. *Cancers*. 2019;11(1):24. <https://doi.org/10.3390/cancers11010024>
12. Virdis A, Colucci R, Bernardini N, Blandizzi C, Taddei S, Masi S. Microvascular endothelial dysfunction in human obesity: role of TNF- α . *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2019;104(2):341-8. <https://doi.org/10.1210/jc.2018-00512>
13. Haghighi AH, Ahmadi A, Carotenuto A, Askari R, Nikkhah K, Bagherzadeh-Rahmani B, et al. Effects of concurrent training and CoQ10 on neurotrophic factors and physical function in people with Multiple Sclerosis: a pilot study. *European Journal of Translational Myology*. 2023;33(2). <https://doi.org/10.4081/ejtm.2023.11253>
14. Lopez P, Taaffe DR, Galvão DA, Newton RU, Nonemacher ER, Wendt VM, et al. Resistance training effectiveness on body composition and body weight outcomes in individuals with overweight and obesity across the lifespan: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*. 2022;23(5):e13428. <https://doi.org/10.1111/obr.13428>
15. Bagherzadeh-Rahmani B, Kordi N, Haghighi AH, Clark CC, Brazzi L, Marzetti E, et al. Eight weeks of pilates training improves respiratory measures in people with a history of COVID-19: a preliminary study. *Sports Health*. 2023;15(5):710-7. <https://doi.org/10.1177/19417381221124>
16. Kravitz L. The fitness professional's complete guide to circuits and interval. *Age*. 2006;56:1. <https://doi.org/10.1177/19417381221124601>
17. Chen HT, Chung YC, Chen YJ, Ho SY, Wu HJ. Effects of different types of exercise on body composition, muscle strength, and IGF-1 in the elderly with sarcopenic obesity. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2017;65(4):827-32. <https://doi.org/10.1111/jgs.14722>
18. Alberga AS, Prud'homme D, Sigal RJ, Goldfield GS, Hadjiyannakis S, Phillips P, et al. Effects of aerobic training, resistance training, or both on cardiorespiratory and musculoskeletal fitness in adolescents with obesity: the HEARTY trial. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*. 2016;41(3):255-65. <https://doi.org/10.1139/apnm-2015-0413>

19. Thomas S, Reading J, Shephard RJ. Revision of the physical activity readiness questionnaire (PAR-Q). Canadian journal of sport sciences. Journal Canadien des Sciences du Sport. 1992;17(4):338-45.
20. Brzycki M. Strength testing—predicting a one-rep max from reps-to-fatigue. Journal of Physical Education, Recreation & Dance. 1993;64(1):88-90. <https://doi.org/10.1080/07303084.1993.10606684>
21. Mj K. The effects of training on heart rate: a longitudinal study. Annales Medicinæ Experimentalis et Biologiae Fenniae. 1957;35:307-15.
22. Gellish RL, Goslin BR, Olson RE, McDonald A, Russi GD, Moudgil VK. Longitudinal modeling of the relationship between age and maximal heart rate. Medicine & Science in Sports & Exercise. 2007;39(5):822-9. <https://doi.org/10.1097/mss.0b013e31803349c6>
23. Tsai S-H, Cheng H-C, Liu H-W. Effects of volume-matched resistance training with different loads on glycemic control, inflammation, and body composition in prediabetic older adults. Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism. 2021;46(11):1400-6. <https://doi.org/10.1139/apnm-2021-0355>
24. Abd El-Kader SM, Al-Jiffri OH, Al-Shreef FM. Aerobic exercises alleviate symptoms of fatigue related to inflammatory cytokines in obese patients with type 2 diabetes. African Health Sciences. 2015;15(4):1142-8. <https://doi.org/10.4314/ahs.v15i4.13>
25. Hopps E, Canino B, Caimi G. Effects of exercise on inflammation markers in type 2 diabetic subjects. Acta Diabetologica. 2011;48:183-9. <https://doi.org/10.1007/s00592-011-0278-9>
26. Akbarpour M, Jahanmehr A. The effect of 8 weeks strength-endurance training at morning and evening on interleukin-6 and C-reactive protein in overweight men. Journal of Practical Studies of Biosciences in Sport. 2020;8(15):126-39. [In Persian]. <https://doi.org/10.22077/jpsbs.2019.1094.1330>
27. Jorge MLMP, de Oliveira VN, Resende NM, Paraiso LF, Calixto A, Diniz ALD, 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. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2011.01.006>
28. Ghorbanian B, Ghasemnian A. The effects of 8 weeks interval endurance combined training on plasma TNF- α , IL-10, insulin resistance and lipid profile in boy adolescents. Journal of Practical Studies of Biosciences in Sport. 2016;4(7):43-54. [In Persian]. <https://doi.org/10.22077/jpsbs.2016.382>
29. Ihalainen JK, Schumann M, Eklund D, Hämäläinen M, Moilanen E, Paulsen G, et al. Combined aerobic and resistance training decreases inflammation markers in healthy men. Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports. 2018;28(1):40-7. <https://doi.org/10.1111/sms.12906>
30. Saeidi A, Nouri-Habashi A, Razi O, Ataieinosrat A, Rahmani H, Mollabashi SS, et al. Astaxanthin supplemented with high-intensity functional training decreases adipokines levels and Cardiovascular Risk factors in men with obesity. Nutrients. 2023;15(2):286. <https://doi.org/10.3390/nu15020286>
31. Pedersen BK. Muscle as a secretory organ. Comprehensive Physiology. 2011;3(3):1337-62. <https://doi.org/10.1002/cphy.c120033>

32. Charles BA, Doumatey A, Huang H, Zhou J, Chen G, Shriner D, et al. The roles of IL-6, IL-10, and IL-1RA in obesity and insulin resistance in African-Americans. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2011;96(12):E2018-E22. <https://doi.org/10.1210/jc.2011-1497>
33. Cawthorn WP, Sethi JK. TNF- α and adipocyte biology. *FEBS Letters*. 2008;582(1):117-31. <https://doi.org/10.1016/j.febslet.2007.11.051>
34. Stewart K. Exercise training: can it improve cardiovascular health in patients with type 2 diabetes? *British Journal of Sports Medicine*. 2004;38(3):250-2. <https://doi.org/10.1136/bjism.2004.012187>
35. Dumith SC, Ramires VV, Souza MA, Moraes DS, Petry FG, Oliveira ES, et al. Overweight/obesity and physical fitness among children and adolescents. *Journal of Physical Activity and Health*. 2010;7(5):641-8. <https://doi.org/10.1123/jpah.7.5.641>