

เดือนมิถุนายนของทุกปีเครือข่ายการวิจัยเกี่ยวกับการรักษาเกี่ยวกับเอชไอวี หรือ AIDS Clinical Trials Group (ACTG) จัดการประชุมประจำปีเพื่อนำเสนอความก้าวหน้าเกี่ยวกับการวิจัยทางคลินิก (การวิจัยในคน) ที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและการติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับโรคอื่นเช่นวัณโรคและโรคตับอักเสบเพื่อรายงานความก้าวหน้าของการวิจัยต่างๆที่ดำเนินการ โดยสถานที่วิจัยต่างๆจากหลายประเทศที่อยู่ภายใต้เครือข่าย ACTG ให้แก่นักวิจัยและทีมวิจัยของเครือข่ายรวมถึงสมาชิกของคณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชนจากสถาบันวิจัยต่างๆ

นอกจากการประชุมรวมสำหรับผู้เข้าร่วมการประชุมทุกคนแล้วยังมีการประชุมย่อยสำหรับคณะกรรมการเฉพาะต่างๆเช่นคณะกรรมการทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี คณะกรรมการทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับวัณโรคและเอชไอวี และคณะกรรมการทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับโรคตับอักเสบ และอื่นๆอีกหลายการประชุม การประชุมส่วนมากเปิดให้ผู้เข้าร่วมการประชุมที่ไม่ใช่สมาชิกคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมรับฟังด้วย สำหรับผู้เข้าร่วมการประชุมที่เป็นตัวแทนของชุมชนต่างๆที่เกี่ยวข้องมีการประชุมเฉพาะสำหรับสมาชิกคณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชนของเครือข่ายเสริมกับการประชุมหลักทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการประชุมใหญ่

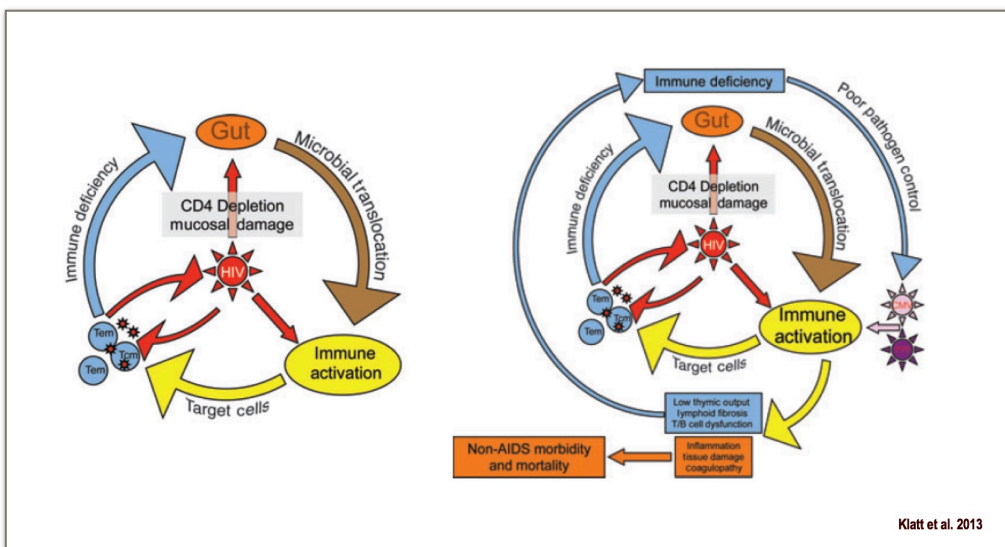
การประชุมสำหรับคณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชนของเครือข่ายครั้งนี้มีเรื่องที่น่าสนใจและเป็นประเด็นการวิจัยที่คาบเกี่ยวกับประเด็นการวิจัยหลายประเด็นของการประชุมประจำปีนี้ ประเด็นร่วมดังกล่าวรวมถึงการคงอยู่ของเชื้อเอชไอวี (HIV persistence) การอักเสบหรือการบาดเจ็บของเซลล์ (inflammation) เอชไอวีกับภาวะชราภาพ และจุลินทรีย์ต่างๆที่อยู่ในอวัยวะส่วนต่างๆของร่างกาย (ที่เรียกโดยรวมว่า Microbiota) โดยเฉพาะอย่างยิ่งจุลินทรีย์ของผู้หญิง

การอักเสบที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ภูมิคุ้มกันถูกกระตุ้น และการคงอยู่ของเอชไอวี

ความก้าวหน้าของยาต้านไวรัสเอชไอวีทำให้ผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีมีสุขภาพดีและมีชีวิตยืนนานเกือบเหมือนผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี การกินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอจะสามารถควบคุมปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือดให้อยู่ต่ำมากจนวัดด้วยวิธีการวัดที่เป็นมาตรฐานไม่ได้¹ อย่างไรก็ตามการกินยาต้านไวรัสที่ได้ผลก็ยังไม่สามารถกำจัดเชื้อไวรัสเอชไอวีให้หมดไปจากร่างกายอย่างแท้จริงได้ ในร่างกายของผู้มีเอชไอวีจะยังคงมีไวรัสที่หลบซ่อนอยู่ในส่วนต่างๆของร่างกายอยู่บ้าง การที่ไวรัสที่ยังหลงเหลืออยู่ถึงแม้ว่าผู้ที่มีเอชไอวีจะกินยาต้านไวรัสอย่างถูกต้องสม่ำเสมอมาเป็นเวลานานก็ตามและหากหยุดกินยาต้านไวรัสเมื่อไรเชื้อไวรัสเอชไอวีที่หลบซ่อนอยู่นี้ก็จะโผล่กลับมาและขยายตัวเพิ่มขึ้นอีกครั้งนี้เรียกว่าการคงอยู่ของเอชไอวี เพราะว่าไม่ว่าจะกินยาต้านไวรัสนานแค่ไหนก็ตามไวรัสจำนวนหนึ่งก็ยังติดอับหลบซ่อนอยู่ในส่วนต่างๆร่างกายอยู่เสมอ ไวรัสที่คงอยู่ในร่างกายนี้ทำให้ภูมิคุ้มกันมีปฏิกิริยาต่อต้านเพื่อที่จะกำจัดไวรัสออกไปอยู่เสมอหรือที่เรียกว่าภูมิคุ้มกันถูกกระตุ้นและนำไปสู่การบาดเจ็บหรือการอักเสบของเซลล์ของอวัยวะต่างๆของร่างกายอยู่เสมอ การอักเสบเรื้อรังนี้ทำให้ผู้มีเอชไอวีเกิดการเจ็บป่วยหลายอย่าง รวมถึงโรคหัวใจ โรคไต และมะเร็งที่ไม่เกี่ยวกับโรคเอดส์ (non-AIDS defining cancers)

อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ระหว่างการอักเสบกับการคงอยู่ของเอชไอวียังไม่เป็นที่รู้อย่างแน่นอนว่าจะอะไรเป็นสาเหตุและอะไรเป็นผล การอักเสบทำให้ไวรัสเอชไอวียังคงอยู่ได้ทั้งที่กินยาต้านไวรัสอยู่? หรือการที่เอชไอวียังคงอยู่นำไปสู่การอักเสบของอวัยวะต่างๆ?

การอักเสบในผู้มีเชื้อเอชไอวีเกิดจากสาเหตุหลายอย่าง เช่น การเปลี่ยนแปลงของจุลินทรีย์ในลำไส้ ต่อม้ำเหลืองเป็นแผลหรือการติดเชื้อไวรัสชนิดอื่นร่วมกับเอชไอวี การตอบสนองของร่างกายต่อการอักเสบที่ไม่ดีพอ หรือไวรัสเอชไอวีที่ยังคงอยู่ในร่างกาย



แผนผังด้านซ้ายมือแสดงถึงการติดเชื้อเอชไอวีทำให้ภูมิคุ้มกันอ่อนแอลงและมีผลต่อลำไส้ และการติดเชื้อเอชไอวีเองทำให้เซลล์ภูมิคุ้มกันซีดีสี่ (CD4) ในลำไส้ลดลงและทำให้เยื่อเมือกของลำไส้เสียหาย ทั้งหมดนี้ทำให้จุลินทรีย์ในลำไส้รั่วไหลย้ายที่ไปยังอวัยวะ

¹ โดยทั่วไปปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือดที่ถือว่าต่ำจนวัดไม่ได้คือ 50 ตัวต่อมิลลิลิตร (50 copies/mL.)

อื่นๆของร่างกาย (microbial translocation) การย้ายที่หรือการรั่วไหลของจุลินทรีย์นี้ทำให้ภูมิคุ้มกันถูกกระตุ้นมีปฏิกิริยาตอบสนอง (immune activation) ต่ออาการผิดปกติของร่างกายซึ่งมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันที่ถูกกระตุ้นนี้กลายเป็นเป้าหมายของไวรัสเอชไอวีอีกต่อและเกิดการติดเชื้อต่อไปหมุนเวียนไปเรื่อยๆ

แผนผังด้านขวามือเป็นการอธิบายเพิ่มเติมจากแผนผังด้านซ้าย การติดเชื้อเอชไอวีทำให้ภูมิคุ้มกันอ่อนแอลงทำให้ไม่สามารถต่อสู้กับเชื้อโรคต่างๆได้ การติดเชื้อโรคอื่นๆทำให้ภูมิคุ้มกันถูกกระตุ้นและเกิดการอักเสบและเจ็บป่วยต่างๆ นำไปสู่การเจ็บป่วยและการตายจากสาเหตุต่างๆที่ไม่เกี่ยวกับเอชไอวี

ในการนำเสนอเกี่ยวกับเรื่องการอักเสบและการคงอยู่ของเอชไอวีผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ เบอร์นาร์ด มาคาตังเกย์ (Dr. Bernard JC Macatangay) จาก โรงเรียนแพทย์ มหาวิทยาลัยพิตต์สเบิร์ก (University of Pittsburgh School of Medicine) อธิบายถึงผลของการนำเสนอ/การวิจัยต่างๆที่เกี่ยวกับการอักเสบ ปฏิกิริยาของภูมิคุ้มกันต่างๆ และการคงอยู่ของเอชไอวี โดยเฉพาะการศึกษาที่เปรียบเทียบการอักเสบที่เกิดขึ้นก่อนกินยาต้านไวรัสเปรียบเทียบกับการอักเสบหลังจากที่กินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องจนสามารถควบคุมปริมาณไวรัสให้อยู่ต่ำมากได้ ซึ่งแสดงถึงระดับของภูมิคุ้มกันที่ถูกกระตุ้นและการอักเสบก่อนการกินยาต้านไวรัสและเมื่อกินยาต้านไวรัสที่ได้ผลจนสามารถลดปริมาณไวรัสให้ต่ำมากได้นั้นมีความสอดคล้องกัน ซึ่งชี้ให้เห็นภูมิคุ้มกันที่ถูกกระตุ้นและการอักเสบนั้นเกิดขึ้นเมื่อติดเชื้อแล้วและการกินยาต้านเพียงแต่ลดปฏิกิริยาของภูมิคุ้มกันและการอักเสบบางอย่างเท่านั้นแต่ไม่ทั้งหมดเปรียบเสมือนกับแม่พิมพ์หล่อโลหะที่ถูกหล่อไปแล้วตั้งแต่ต้น (หรือตั้งแต่ตอนติดเชื้อแล้ว) จึงไม่สามารถเปลี่ยนแปลงอะไรได้มากนัก

และการนำเสนอเกี่ยวกับไวรัสวิทยาของเอชไอวีที่คงอยู่โดยผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. โจนาธาน ลี (Dr. Jonathan Li) จาก โรงเรียนแพทย์ฮาร์วาร์ด (Harvard Medical School) แสดงว่าแหล่งของเอชไอวี(และเอชไอวีที่คงอยู่)นั้นเกิดจากเซลล์ที่ติดเชื้อแล้วขยายตัวเพิ่มมากขึ้นก่อนที่จะเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสแล้ว²

สำหรับการวิจัยเกี่ยวกับการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีให้หาย (HIV cure) นั้นผู้มีเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมการวิจัยอาจต้องหยุดกินยาต้านไวรัสเป็นระยะเวลาไม่นานนัก (short-term analytical treatment interruption - ATI) เพื่อที่จะดูว่ายาหรือผลิตภัณฑ์ที่ศึกษาอยู่จะทำให้ผู้มีเชื้อเอชไอวีไม่ต้องกินยาต้านไวรัสตลอดไปหรือไม่นั้น ผลของการวิจัยที่มีอยู่แสดงว่าระดับของภูมิคุ้มกันที่ถูกกระตุ้นจะเพิ่มขึ้นในช่วงที่หยุดยาต้านและจะลดลงเท่ากับระดับก่อนการหยุดยาต้านหลังจากที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยเริ่มกินยาต้านใหม่หลังจากที่ปริมาณไวรัสเพิ่มขึ้นมาใหม่

ส่วนเชื้อเอชไอวีที่ยังคงหลบซ่อนอยู่ในส่วนต่างๆของร่างกายถึงแม้ว่าผู้มีเชื้อเอชไอวีจะกินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอจนสามารถกดหรือลดปริมาณไวรัสในเลือดให้อยู่ต่ำมากจนวัดไม่ได้นั้น ผู้นำเสนออธิบายว่าจากการศึกษาที่นำเอาเซลล์ติดเชื้อเอชไอวีของเนื้อเยื่อส่วนต่างๆของผู้มีเชื้อเอชไอวีมาตรวจนับพบว่าระดับยาต้านไวรัสในเซลล์ติดเชื้อจากอวัยวะต่างๆ (เช่น ต่อมม้าม หลอด ม้าม ตับ ปอด ไต ไชกระดูกและประสาท) ต่ำกว่าระดับยาที่วัดได้ในเลือด แสดงถึงการขยายตัวของไวรัสที่เกิดขึ้นเฉพาะที่เท่านั้น (localized HIV replication) ซึ่งช่วยในการอธิบายว่าทำไมไวรัสเอชไอวีจึงต่อต้านคงอยู่ได้ทั้งๆที่ไม่สามารถวัดในเลือดได้แล้ว

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. โจนาธาน ลี สรุปว่าสาเหตุสำคัญของการคงอยู่ของเอชไอวีเป็นเพราะไวรัสเอชไอวีสามารถผนวกตัวมันเข้ากับจีโนมของผู้มีเชื้อเอชไอวีได้ และอาจมีปัจจัยหลายอย่างที่ช่วยให้เอชไอวีผนวกตัวเข้ากับจีโนมได้ เช่น การขยายตัวเพิ่มขึ้นของเอชไอวีที่คงอยู่และการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีที่ได้ผลต่ำกว่าที่ควร(เพราะการกินยาไม่สม่ำเสมอ) เซลล์ที่มีอายุยืนนานติดเชื้อเอชไอวี และเซลล์ที่ติดเชื้อทำสำเนาของตัวเอง(หรือ โคลน)เพิ่มขึ้น

เอชไอวีกับการชราภาพ

การประชุม ACTG ปีนี้มีการนำเสนอเกี่ยวกับเอชไอวีกับการชราภาพทั้ง ในการประชุมสำหรับคณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชนของเครือข่ายและในการประชุมหลักของการประชุมครั้งนี้ เนื่องจากในปัจจุบันจำนวนของผู้มีเชื้อเอชไอวีที่มีอายุมากมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีประสิทธิผลดีกว่าก่อนมากทำให้ผู้มีเชื้อเอชไอวีมีอายุยืนขึ้น รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ เทนเนอร์ โอเวอร์ตัน (Associate Professor Dr. Turner Overton) ผู้นำเสนอเอชไอวีกับการชราภาพให้แก่คณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชนเกริ่นนำว่าผู้มีเชื้อเอชไอวีที่มีอายุมากนั้นมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยรุนแรงที่ไม่เกี่ยวกับเอชไอวีมากกว่าผู้ไม่มีเชื้อเอชไอวี เมื่อผู้มีเชื้อเอชไอวีมีอายุมากขึ้นการตอบสนองที่เกี่ยวกับภูมิคุ้มกันต่อยาต้านไวรัสเอชไอวีอาจจะไม่ดีเท่ากับคนที่อายุน้อยกว่า ผู้ที่มีอายุมากอาจเกิดผลข้างเคียงต่อยาต้านไวรัสและต่อยาสำหรับ โรคอื่นที่เป็นอยู่มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ผลข้างเคียงเหล่านี้รวมถึงผลข้างเคียงต่อกระดูก ไต หัวใจ และตับ เป็นต้น ยิ่งไปกว่านั้นแล้วผู้ที่มีอายุมากมักจะต้องการกินยาหลายชนิดอีกด้วยทำให้โอกาสแพ้ยามีสูงขึ้น หรือยาต่างๆที่ต้องกินมีปฏิกิริยาต่อกัน

การชราภาพนอกจากจะขึ้นอยู่กับเวลา (chronological age) แล้ว การชราภาพยังขึ้นอยู่กับชีวศาสตร์ (biological age) ด้วย ดังนั้นปัจจัยที่เกี่ยวกับการชราภาพจึงรวมถึง เวลา การป่วยด้วยโรคต่างๆ (เช่น เบาหวาน หรือโรคหัวใจ) พฤติกรรม (สูบบุหรี่ ยาเสพติด การดื่มสุรามาก หรือการไม่ได้ออกกำลังกาย) พันธุกรรม หรือความกดดันในชีวิต ซึ่งปัจจัยเหล่านี้บวกกับผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีและผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสที่ผู้มีเชื้อเอชไอวีต้องกินอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้มีเชื้อเอชไอวีชราภาพเร็วกว่าคนที่ไม่มีเชื้อเอชไอวี

ในการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุที่มีเชื้อเอชไอวีกับผู้สูงอายุที่ไม่มีเชื้อเอชไอวีนั้น ผู้สูงอายุที่มีเชื้อเอชไอวีจะเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ เช่น โรคเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและโรคเกี่ยวกับหลอดเลือด โรคไต อาการสมองเสื่อม (dementia) โรคปลาย

² การที่ในร่างกายของผู้มีเชื้อเอชไอวีจะยังคงมีไวรัสเอชไอวีที่ต่อต้านคงอยู่ต่อไปทั้งๆที่มีการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่ได้ผลสามารถควบคุมปริมาณไวรัสให้อยู่ต่ำมากจนวัดไม่ได้นั้นอาจเป็นเพราะการกินยาต้านไวรัสไม่ต่อเนื่อง (กินไม่สม่ำเสมอ) หรือเป็นเพราะยาต้านไวรัสที่มีอยู่ในขณะนี้ไม่สามารถแทรกซึมเข้าไปถึงเนื้อเยื่อบางอย่างได้ หรือเป็นเพราะมีไวรัสที่คงอยู่หลบซ่อนอยู่ในแหล่งลึกลับต่างๆ ในร่างกาย ต่อสันนิษฐานเหล่านี้ ดร. โจนาธาน ลี มีความเห็นว่าการรักษาการติดเชื้อให้หายนั้นแทนที่จะพัฒนายาต้านไวรัสที่สามารถออกฤทธิ์ได้ดีในต่อมม้าม หลอด การรักษาให้หายจะต้องใช้วิธีที่จะกำจัดเซลล์ที่ติดเชื้อเอชไอวีก่อนที่จะเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสแล้วทั้งหมดไป

³ จีโนม (genome) หมายถึงข้อมูลทางพันธุกรรมทั้งหมดหรือแบบพิมพ์เขียวที่จำเป็นสำหรับสิ่งมีชีวิตต่างๆ ในการสร้างและดำรงชีวิตตามปกติได้ (จาก “จีโนมคืออะไร” ใน <http://www.thaiabiotech.info/what-is-genome.php>)

ประสาทเสื่อม (peripheral neuropathy - อาการชาตามปลายมือ ปลายเท้า แขนขาอ่อนแรง หรือ ใบหน้าชา) โรคตับอักเสบซี และภาวะฮอร์โมนเพศต่ำ มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีเอชไอวี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการติดเชื้อนำไปสู่การอักเสบของอวัยวะต่างๆทำให้ร่างกายทำงานไม่ได้ตามปกติหรือเนื้อเยื่อและเซลล์ต่างๆถูกทำลายเสียหาย

นอกจากนั้นแล้วจากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ โครงการหนึ่งแสดงว่าการอักเสบเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตไม่ว่าจะติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ก็ตาม

การวิจัยหนึ่งในสหรัฐอเมริกาที่ติดตามผู้มีเอชไอวีจำนวน 145,009 คน ตั้งแต่ช่วงปี 2001 ถึง 2012 พบว่าถึงแม้ว่าอัตราการตายจากโรคหัวใจในประชากรทั่วไปลดลง แต่อัตราการตายจากโรคหัวใจในผู้มีเอชไอวีถึงแม้ว่าจะลดลงเช่นกันแต่ก็ยังเป็นอัตราที่สูงกว่าประชากรทั่วไป สำหรับผู้มีเอชไอวีที่มีปริมาณไวรัสต่ำมากจนวัดไม่ได้ในอัตราตายจากโรคหัวใจเท่ากับ 3.9 คนต่อ 1,000 ปี/คน และผู้มีเอชไอวีที่มีปริมาณไวรัสสูงกว่า 400 ตัว/มล. นั้นอัตราการตายจากโรคหัวใจจะเพิ่มเป็น 7.7 คนต่อ 1,000 ปี/คน และสำหรับกลุ่มประชากรทั่วไปอัตราการตายจากโรคหัวใจเท่ากับ 3.2 คนต่อ 1,000 ปี/คน

เช่นเดียวกับปัจจัยเกี่ยวกับการชราภาพ มีปัจจัยหลายอย่างที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยที่ไม่เกี่ยวกับโรคเอดส์ เช่น กรรมพันธุ์ อาหาร วิถีชีวิตและสภาพแวดล้อม และการสูบบุหรี่หรือการใช้สารเสพติดต่างๆ นอกจากนั้นแล้วการติดเชื้อเอชไอวีและยาต้านเอชไอวียังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยที่ไม่เกี่ยวกับเอดส์ด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากติดเชื้อมานานแล้ว

ปัญหาเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาด้านไวรัสในผู้สูงอายุนั้นรวมถึงไขมัน ในเลือดหรือคอเลสเตอรอล (cholesterol) ชนิดต่างๆและไตรกลีเซอไรด์ (triglycerides) เพิ่มขึ้น ซึ่งการป้องกันปัญหาเหล่านี้ที่กำลังเป็นที่นิยมกันมากคือการกินยาเพื่อลดคอเลสเตอรอลที่เรียกว่า สแตติน (statin) แต่การกินยาเพิ่มขึ้นอีกชนิดหนึ่งอาจต้องคำนึงถึงปฏิกริยาระหว่างยาสแตตินกับยาด้านไวรัส ภาวะดื้อต่ออินซูลินซึ่งเป็นภาวะก่อนเบาหวานที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ผลข้างเคียงของยา และการชะงักของการกินยามากขึ้น

ผู้มีเอชไอวีที่ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงต่ำหรือปานกลางต่อการเป็นโรคหัวใจก็ยังมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดแดงแข็งและการอักเสบของผนังหลอดเลือดแดง นอกจากนั้นแล้วยังไม่มีหลักฐานยืนยันว่ายาสแตตินจะช่วยป้องกันอาการเหล่านี้ได้และควรให้ผู้มีเอชไอวีกินยาสแตตินเป็นการป้องกันหรือไม่ ดังนั้นเครือข่าย ACTG จึงดำเนินการวิจัยรีพรีฟ (REPRIEVE) ซึ่งเป็นการวิจัยในคนแบบสุ่มและควบคุมที่มีผู้เข้าร่วมการวิจัยกว่า 6,500 คน และมีระยะเวลาการติดตามผู้เข้าร่วมการวิจัยเพื่อประเมินผลเป็นเวลา 6 ปี เพื่อยืนยันว่าสแตตินจะช่วยป้องกันปัญหาดังกล่าว ในผู้มีเอชไอวีที่กินยาด้านไวรัสอยู่และมีความเสี่ยงต่อโรคดังกล่าวหรือไม่

ปัญหาสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพของผู้มีเอชไอวีที่อายุมากอีกปัญหาหนึ่งที่นายแพทย์เทินเนอร์นำเสนอในครั้งนี้อ่อนแอเปราะบาง (frailty) ซึ่งสะท้อนถึงอายุทางชีวศาสตร์มากกว่าอายุที่นับตามเวลา ความอ่อนแอเปราะบางเป็นผลรวมของกระบวนการทำงานของอวัยวะต่างๆของร่างกายที่เสื่อมลง และในทางคลินิกถือว่าเป็นช่วงจบของชีวิต ความอ่อนแอเปราะบางมีความสัมพันธ์กับสุขภาพที่แย่ลงซึ่งทำให้คนไม่สามารถฟื้นตัวได้อย่างเต็มที่หลังจากการเจ็บป่วย

มีการวิจัยที่แสดงว่าผู้มีเอชไอวีนั้นร่างกายจะทำงานไม่ได้ตามปกติเหมือนเดิมและมีอาการของความอ่อนแอเปราะบางเร็วกว่าผู้ที่ไม่เอชไอวี ทั้งนี้โดยประเมินจากการจับความเร็วในการเดิน การวัดแรงบีบของมือ และการวัดมวลกล้ามเนื้อต้นขา ผลของการวิจัยโครงการหนึ่งแสดงว่าในการประเมินความอ่อนแอเปราะบางจากเกณฑ์ห้าประการนั้น ในกลุ่มคนที่มีอายุเท่ากันนั้นผู้มีเอชไอวีจะเข้าเกณฑ์ทั้งหมดมากกว่าผู้ที่ไม่เอชไอวี เกณฑ์ดังกล่าวได้แก่ น้ำหนักลดโดยที่ไม่ได้ตั้งใจ แรงบีบมืออ่อนลง การเดินช้าลง (การรายงานว่า)หมดแรง และ(การรายงานว่า)กิจกรรมที่ต้องใช้กำลังกายลดลง

ส่วนสาเหตุของความอ่อนแอเปราะบางในผู้มีเอชไอวีนั้นรวมถึง การติดเชื้อ การมีอายุมากขึ้น เป็นเพศชาย สูบบุหรี่ในปัจจุบัน เป็นโรคตับอักเสบซีเรื้อรัง อาการซึมเศร้า (depression) และอ้วนแบบที่รอบเอวใหญ่กว่ารอบสะโพก (central adiposity) หรืออ้วนลงพุง จากการศึกษาในกลุ่มประชากรสูงอายุที่รวมทั้งผู้มีเอชไอวีและผู้ที่ไม่เอชไอวีนั้นพบว่าผู้ที่มีเอชไอวีจะมีภาวะความอ่อนแอเปราะบางสูงกว่าผู้ที่ไม่เอชไอวี (13.4% เทียบกับ 12%) และภาวะความอ่อนแอเปราะบางเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อรักษาตัวทุกกรณี และการวิจัยกลุ่มประชากรอีก โครงการหนึ่งก็ศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่มีเอชไอวีพบว่าความอ่อนแอเปราะบางต้องได้รับการรักษาและนอนโรงพยาบาลบ่อยขึ้นและต้องอยู่ที่โรงพยาบาลนานขึ้น

การประเมินความอ่อนแอเปราะบางของผู้สูงอายุอีกวิธีคือการดูกลุ่มอาการป่วยหรืออาการผิดปกติที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่เช่น การหกล้ม การกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่ ความสามารถในการทำกิจกรรมที่จำเป็นในชีวิตประจำวันหรือ activities of daily life (เช่น แต่งตัว กินอาหาร) และความสามารถในการทำกิจกรรมที่ช่วยเหลือตัวเองได้ในสภาพแวดล้อมหนึ่งหรือ instrumental activities of daily living (เช่น ไปจ่ายตลาด ทำ/เก็บที่นอน) ซึ่งกลุ่มอาการเหล่านี้มักจะพบในผู้มีเอชไอวีที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป ไม่ว่าจะมีความเสี่ยงที่วัดได้หรือไม่ก็ตาม

นอกเหนือจากภาวะอ่อนแอเปราะบางและร่างกายไม่สามารถทำหน้าที่ได้เหมือนเดิมแล้ว ในการรักษาผู้มีเอชไอวีสูงอายุนั้นมีสิ่งท้าทายหลายประการรวมถึง การเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ เช่น โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ภาวะดื้อต่ออินซูลินและโรคเบาหวาน ความดันสูง โรคตับและโรคไขมันพอกตับ และมะเร็ง

ความท้าทายในการรักษาผู้มีเอชไอวีที่อายุมากที่สำคัญนั้นมีมากมาย เช่น อาการแทรกซ้อนทางประสาทต่างๆ เช่น ภาวะสมองเสื่อมและอาการซึมเศร้าหรือการวิตกกังวลมากเกินไป ปัญหาเรื่องการที่ต้องกินยาสำหรับหลายโรคซึ่งเพิ่มความเสี่ยงเกี่ยวกับยาที่กินมีปฏิกริยาต่อกันกัน ปัญหาเกี่ยวกับความอ่อนแอเปราะบางและสมรรถภาพของร่างกายลดถอยลง และปัญหาการอยู่โดดเดี่ยวทางสังคม

ผู้นำเสนอแนะนำวิธีการแก้ไขปัญหามาโดยเฉพาะที่เกี่ยวกับการอักเสบและการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆที่ผู้มีเอชไอวีที่อายุมากสามารถทำได้เอง ได้แก่เช่น การกินยาด้านอย่างสม่ำเสมอเพื่อควบคุมปริมาณไวรัสให้อยู่ในระดับต่ำที่วัดไม่ได้ การเลิกบุหรี่ ยาเสพติด และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กินอาหารที่ดีต่อสุขภาพ (กินอาหารธรรมชาติ หลีกเลี่ยงอาหารที่แปรรูป (เช่น อาหารที่บรรจุในกล่อง/ซอง และอาหารกระป๋อง) ลดเกลือและสารนอมอาหาร กินผักสดและผลไม้) และการออกกำลังกายและลดน้ำหนักหากว่าน้ำหนักมากเกินไป

สำหรับมะเร็งนั้น ผู้นำเสนอแนะนำวิธีป้องกันหลายอย่างโดยเฉพาะการเลิกสูบบุหรี่ การฉีดวัคซีนป้องกันตับอักเสบบและเอชพีวี การตรวจมะเร็งชนิดต่างๆเป็นประจำเมื่อมีอายุมากขึ้น ซึ่งได้แก่การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและในทวาร (แบบสเมียร์) เป็นประจำ

ทุกปี การตรวจมะเร็งลำไส้ใหญ่เมื่อมีอายุ 50 ปี การตรวจเต้านมหรือต่อมลูกหมากเป็นประจำทุกปี หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดดมากเกินไป และใช้ยากันแดด และการตรวจมะเร็งตับและหากว่าเป็นโรคตับอักเสบบีและซีควรตรวจมะเร็งตับด้วย

The Evolving HIV Epidemic

**HIV Providers:
Evolving to meet the needs of our patients.**

เนื่องจากการระบาดของเอชไอวีพัฒนาการไปจากเดิมมาก จากการรักษาโรคฉวยโอกาสและโรคเอดส์ไปเป็นการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพในการรักษาที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ผู้มีเอชไอวีที่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมมีอายุมากขึ้นกว่าเดิมและประสบกับปัญหาสุขภาพที่ไม่เกี่ยวกับเอดส์มากขึ้น โดยเฉพาะโรคเกี่ยวกับหัวใจและการชราภาพ ผู้นำเสนอจึงสรุปว่าผู้ให้บริการจะต้องปรับตัว(และวิธีการรักษา)ให้เหมาะสมกับความจำเป็นของผู้มีเอชไอวี

นอกจากการนำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชนโดยนายแพทย์เทินเนอร์ โอเวอร์ตันแล้ว ในการประชุมเวทีใหญ่ยังมีการนำเสนอเกี่ยวกับเอชไอวีกับการชราภาพโดย เจฟ เทเลอร์ (Jeff Taylor) ผู้อำนวยการโครงการวิจัยเอชไอวีกับการชราภาพปาล์มสปริงส์ (HIV & Aging Research Project-Palm Springs) อีกด้วย

เจฟ เทเลอร์ เริ่มด้วยการเอ่ยถึงความสำคัญของเอชไอวีกับการชราภาพ ในปัจจุบันผู้มีเอชไอวีที่มีอายุมากมีประมาณ 4.2 ล้านคนจากทั่วโลก ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้มีเอชไอวีในสหรัฐอเมริกาในปัจจุบันมีอายุมากกว่า 50 ปี และคาดว่าในปี 2020 ผู้มีเอชไอวีในสหรัฐอเมริกาจะเพิ่มเป็น 70% ของผู้มีเอชไอวีของประเทศทั้งหมด และในปัจจุบันยังไม่เป็นที่แน่นอนว่าการติดเชื้อเอชไอวีทำให้คนแก่ตัวเร็วขึ้น หรือว่าการมีอายุมากขึ้นทำให้โรคที่เกี่ยวกับเอชไอวีรุนแรงมากขึ้น

เจฟ เทเลอร์ ชี้ให้เห็นว่าจากการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นการวิจัยของเครือข่าย ACTG โดยคณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชนของเครือข่ายนั้น เอชไอวีและการชราภาพเป็นอันดับที่สองรองจากการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีให้หาย (HIV cure) (ประเด็นการวิจัยอันดับสาม สุขภาพของผู้หญิง อันดับสี่ การวิจัยที่มีจริยธรรม และ อันดับห้า การรักษาผู้มีเอชไอวีที่ติดเชื้อต้านไวรัส)

ในโครงการวิจัยเกี่ยวกับเอชไอวีและการชราภาพที่เจฟ เทเลอร์ ดำรงกลุ่มผู้มีเอชไอวีระบุว่าปัญหาสุขภาพที่สำคัญสามอันดับแรกได้แก่ ภาวะสมองเสื่อมและความจำเสื่อม อาการซึมเศร้าและความโดดเดี่ยว และปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

นอกจากปัญหาสุขภาพแล้ว ผู้มีเอชไอวีที่ร่วมในการสำรวจระบุว่าประเด็นการวิจัยที่สำคัญต่อผู้มีเอชไอวีที่มีอายุนั้นได้แก่ การอักเสบและการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆรวมทั้งการติดเชื้อเอชไอวี และการวิจัยเกี่ยวกับการทำงานของระบบประสาท ความจำเสื่อม และโรคเส้นประสาท

ต่อการจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพของผู้มีเอชไอวีที่มีอายุนั้น ผู้ร่วมการวิจัยระบุว่าความสามารถที่จะปรับตัวให้รับกับสภาพปัญหาได้นั้นรวมถึงการออกกำลังอย่างสม่ำเสมอ การสังสรรค์/การเข้าสังคมและการมีเพื่อน กลุ่มเพื่อนช่วยเหลือกันต่างๆทั้งที่เป็นการพบปะกันหรือการติดต่อกันทางอินเทอร์เน็ต-ออนไลน์ และองค์กรชุมชนต่างๆ

เจฟ เทเลอร์ แนะนำให้เครือข่าย ACTG ให้ความสนใจแก่ผู้มีเอชไอวีที่มีอายุมากกว่า 50 ปีมากกว่าที่เป็นอยู่เพราะผู้มีเอชไอวีที่มีอายุประมาณ 50 ปี ที่มีการเจ็บป่วยหลายๆโรครวมกับการติดเชื้อเอชไอวีนั้นมีไม่มากนักต่างกับผู้มีเอชไอวีที่มีอายุนั้นแล้ว เครือข่าย ACTG ควรจัดตั้งคณะทำงานเกี่ยวกับเอชไอวีและการชราภาพขึ้นและทำการวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้ในกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยของเครือข่ายที่มีอายุมากที่อยู่ในโครงการวิจัยต่างๆของเครือข่ายอยู่แล้ว และขอแนะนำสุดท้ายคือเครือข่าย ACTG ควรทำงานร่วมกับผู้มีส่วนได้เสียและนักวิจัยของเครือข่ายอื่นๆภายใต้สถาบันสุขภาพแห่งชาติสหรัฐอเมริกาให้มากขึ้น เช่น สถาบันเกี่ยวกับการชราภาพแห่งชาติ สถาบันสารเสพติดแห่งชาติ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และสถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติ เป็นต้น

ผู้นำเสนอแนะนำว่าการยึดเอาคนไข้เป็นศูนย์กลางเป็นสิ่งสำคัญของเอชไอวีกับการชราภาพ นักวิจัยและผู้ให้บริการรักษาพยาบาลควรให้ความสำคัญต่อคนไข้มากกว่าปริมาณไวรัสหรือระดับซีดีสี่และการเจ็บป่วยร่วมต่างๆ นักวิจัยและผู้ให้บริการรักษาควรให้

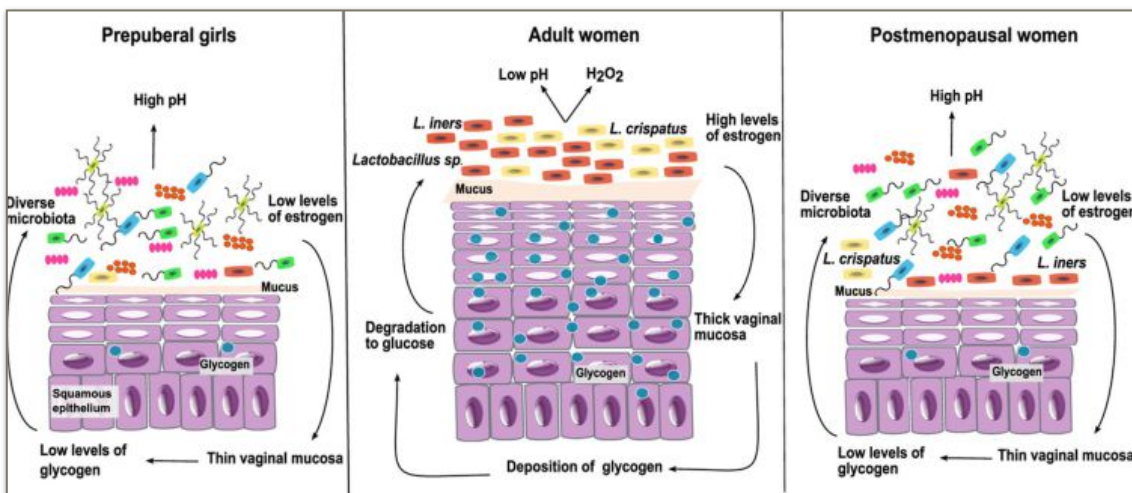
ความสำคัญต่อประสบการณ์ของคนไข้ให้มากขึ้นและเพิ่มความสนใจต่อปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้มีเอชไอวีที่มีอายุมากซึ่งหมายถึงผนวกการวิจัยเกี่ยวกับสังคมและพฤติกรรมเข้ากับการวิจัยทางคลินิกเพื่อช่วยพัฒนาวิธีการที่จะปรับปรุงประสิทธิผลคุณภาพชีวิตของผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้มีเอชไอวีและเพื่อประเมินผลของวิธีการนั้นๆได้อย่างมีคุณภาพ และขอแนะนำสุดท้ายที่เจฟ เทเลอร์แนะนำคือการผนวกเอาการรักษาภูมิอาการป่วยหรืออาการผิดปกติที่พบบ่อยในผู้สูงอายุเข้ากับการรักษาทางคลินิกสำหรับเอชไอวีที่มีอยู่แล้ว

ไมโครไบโอมกับผู้หญิง

ไมโครไบโอมได้หมายถึงจุลินทรีย์จำนวนมากที่อาศัยอยู่ในอวัยวะต่างๆตามธรรมชาติและเป็นการอาศัยอยู่แบบพึ่งพาซึ่งกันและกันเพราะในสภาพที่สมดุลนั้นจุลินทรีย์ที่อยู่ในร่างกายคนจะทำหน้าที่ป้องกันจุลินทรีย์ที่ไม่ดีจากภายนอกในร่างกายไม่ให้เข้ามาตั้งรกรากอาศัยอยู่ในร่างกายและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเจ้าตัวต่อไป ในการประชุมเอดส์นานาชาติของปี 2016 ประเด็นสำคัญประเด็นหนึ่งของการประชุมครั้งนั้นเป็นเรื่องเกี่ยวกับไมโครไบโอมของช่องคลอด โดยการนำเสนอของศาสตราจารย์ นพ. ซาลิม อับดุล คาริม (Prof. Dr. Salim Abdool Karim) ผู้อำนวยการศูนย์สำหรับโปรแกรมการวิจัยเอดส์แอฟริกาใต้ (Center for AIDS Research Program in South Africa หรือ CAPRISA) ที่เผยแพร่ผลการวิเคราะห์ที่แสดงว่าแบคทีเรียในช่องคลอดที่มีชื่อว่าพรีโวเทลลา โบเวีย (Prevotella bivia) มีความสัมพันธ์กับความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในผู้หญิงถึง 13 เท่า

ในการประชุมสำหรับคณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชนของเครือข่าย ACTG ปีนี้มีการนำเสนอเกี่ยวกับไมโครไบโอมเช่นเดียวกับปีก่อนๆที่ผ่านมา สำหรับปีนี้การนำเสนอโดย ดร. พญ. แคทเธอรีน ก๊อดฟรีย์ (Dr. Catherine Godfrey) จากสถาบันโรคติดต่อและภูมิแพ้ สถาบันสุขภาพแห่งชาติสหรัฐอเมริกา เป็นการนำเสนอเกี่ยวกับไมโครไบโอมของช่องคลอด

ไมโครไบโอมในช่องคลอดเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของสุขภาพโดยรวมของผู้หญิงเพราะมีความเกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อต่างๆ ไมโครไบโอมประกอบด้วยจุลินทรีย์ที่เป็นแบคทีเรีย ไวรัส ฟังไจ (fungi เช่น รา ยีสต์) และอาร์เคีย (archaea สิ่งมีชีวิตเซลล์เดียวคล้ายกับแบคทีเรีย) ไมโครไบโอมในช่องคลอดเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ ไมโครไบโอมของเด็กจนถึงก่อนเป็นสาวนั้นจะมีความหลากหลายและมีความเป็นกรดสูง แต่เมื่อเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ไมโครไบโอมจะมีแบคทีเรียกลุ่มแลคโตบาซิลลัส (lactobacillus) มากกว่าแบคทีเรียกลุ่มอื่นและมีความเป็นกรดต่ำและมีไฮโดรเจนเพอร์ออกไซด์ (hydrogen peroxide) มาก เมื่อผู้หญิงมีอายุมากและหมดประจำเดือน ไมโครไบโอมในช่องคลอดจะคล้ายคลึงกับในวัยเด็กคือมีความหลากหลายมากขึ้นและมีความเป็นกรดสูง นอกจากนี้แล้วระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) จะลดลงเหมือนกับเด็กก่อนวัยเจริญพันธุ์ และเยื่อเมือกของช่องคลอดจะบางลงเหมือนกับเด็ก ดังที่แสดงในรูปด้านล่าง



แบคทีเรียของไมโครไบโอมในช่องคลอดมีทั้งชนิดที่ดีต่อสุขภาพและไม่ดีต่อสุขภาพ แบคทีเรียชนิดหนึ่งที่ดีว่ามีผลดีต่อสุขภาพคือแบคทีเรียกลุ่มแลคโตบาซิลลัสซึ่งแบคทีเรียกลุ่มนี้ที่พบอยู่ในช่องคลอดมีหลายชนิด แลคโตบาซิลลัสที่มีผลดีต่อสุขภาพนั้นเป็นแบคทีเรียชนิดที่สร้างไฮโดรเจนเพอร์ออกไซด์ แต่บทบาทของแลคโตบาซิลลัสบางชนิดนั้นก็ยังไม่แน่นอน

แบคทีเรียที่มีผลร้ายต่อสุขภาพหญิงนั้นเป็นแบคทีเรียกลุ่มที่ก่อให้เกิดภาวะช่องคลอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย (Bacterial Vaginosis) ซึ่งแบคทีเรียกลุ่มนี้รวมถึงการด์เนอเรลลา (Gardnerella) และแบคทีเรียชนิดที่ไม่ใช้ออกซิเจน (anaerobic species) เช่น เพพโตสเตรปโตคอกคิ (peptostreptococci) พรีโวเทลลา (prevotella) และแบคทีเรียกลุ่มแบคทีเรีย (bacteroides) แต่ผู้แนะนำเน้นว่าการมีแบคทีเรียกลุ่มนี้ในช่องคลอดไม่ได้หมายความว่าผู้หญิงคนนั้นจะต้องเป็นช่องคลอดอักเสบเสมอไป

ภาวะช่องคลอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียสามารถอธิบายได้จากภาวะสมดุลของไมโครไบโอมของช่องคลอด ไมโครไบโอมของช่องคลอดที่สมดุลนั้นมีแบคทีเรียกลุ่มแลคโตบาซิลลัสเป็นหลัก หากภาวะสมดุลนี้เสียไปเพราะแบคทีเรียชนิดอื่นมีมากกว่าแลคโตบาซิลลัสแล้วจะทำให้เกิดช่องคลอดอักเสบซึ่งภาวะช่องคลอดอักเสบนี้เรียกอีกอย่างคือภาวะความไม่สมดุลของไมโครไบโอมในช่องคลอด (vaginal dysbiosis)

4 ในการนำเสนอไมโครไบโอมของช่องคลอดมีความถึงจุลินทรีย์ตามธรรมชาติที่อยู่ตั้งแต่ปากหรือแคมช่องคลอด (vulva) ในช่องคลอด (vagina) และในปากมดลูกหรือคอมดลูก (cervix)

ภาวะช่องคลอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียนอกจากจะทำให้มีกลิ่นแล้วยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศชนิดต่างๆ รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และอาจทำให้การตั้งครรภ์และการคลอดลูกมีปัญหา

การวิจัยในห้องแล็บของโรงเรียนแพทย์ฮาร์วาร์ดแสดงว่าไมโครไบโอมในช่องคลอดที่มีแบคทีเรียหลากหลายชนิดและมีแบคทีเรียชนิดแลคโตบาซิลลัสน้อยนั้นมีความสัมพันธ์กับความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีถึงสี่เท่า สันนิษฐานเกี่ยวกับเรื่องนี้คือแบคทีเรียในช่องคลอดบางชนิดทำให้เกิดการอักเสบภายในช่องคลอดซึ่งจะกระตุ้นให้เซลล์ของภูมิคุ้มกันในเยื่อเมือกของช่องคลอดมีปฏิกิริยาพยายามกำจัดแบคทีเรียที่เป็นอันตรายออกไปและกลายเป็นเป้าหมายของเอชไอวีในการยึดเกาะกับเซลล์ภูมิคุ้มกันเพื่อผนวกตัวมันเข้าสู่เซลล์ต่อไป

ผู้นำเสนอสรุปด้วยการอธิบายถึงการวินิจฉัยภาวะช่องคลอดอักเสบซึ่งสามารถทำได้ทั้งการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ (microscopy) การตรวจไมเลกุลในห้องแล็บ ส่วนการป้องกันภาวะช่องคลอดอักเสบนั้น พญ. แคทเธอริน บอกว่าการรักษาทำความสะอาดเป็นประจำจะช่วยรักษาความสะอาดของช่องคลอดที่ตามธรรมชาติจะรักษาความสะอาดในตัวอยู่แล้ว และผู้นำเสนอเตือนว่าการใช้ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดช่องคลอดต่างๆ ที่มีจำหน่ายในท้องตลาดนั้นไม่มีความจำเป็นและเป็นสิ่งที่ไม่ควรทำเพราะช่องคลอดที่มีสุขภาพดีนั้นจะรักษาสมดุลของไมโครไบโอมในช่องคลอดอยู่แล้ว การใช้ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดอาจทำให้ภาวะสมดุลนั้นเปลี่ยนแปลงไป

นอกจากการนำเสนอที่สรุปมาแล้ว ในการประชุมประจำปีทั้งการประชุมรวมและการประชุมเฉพาะสำหรับคณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชน ยังมีการนำเสนอเกี่ยวกับเรื่องอื่นอีก เช่น การนำเสนอเกี่ยวกับหลักสูตรการอบรมเกี่ยวกับคนแปลงเพศ (transgender) ของคณะทำงานคนแปลงเพศของภาคีชุมชน (Community Partners) ภายใต้การประสานงานเครือข่ายเอดส์และเอชไอวี (HIV/AIDS Network Coordination) และการประชุมคณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชนเกี่ยวกับบทบาทของคณะกรรมการชุมชนด้านวิทยาศาสตร์คณะต่างๆ การวิจัยเพื่อรักษาเอชไอวีให้หาย (HIV cure) การวิจัยเกี่ยวกับยาด้านไวรัสและแหล่งเอชไอวี ฯลฯ รวมถึงการประชุมที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการเครือข่าย โดยเฉพาะ แต่ไม่สามารถนำเสนอในจดหมายข่าวฉบับนี้ได้เพราะข้อจำกัดเรื่องวิธีการและพื้นที่

ความเห็นหนึ่งของคณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชนต่อการประชุมประจำปีนี้คือนักวิจัยให้ความเคารพต่อชุมชนมากขึ้น โดยที่จะเห็นได้จากการจัดให้ตัวแทนชุมชนนำเสนอในประเด็นต่างๆ ในที่ประชุม ใหญ่ ในลำดับต้นๆ แทนที่จะเป็นลำดับท้ายเหมือนกับทุกปีที่ผ่านมา นอกเหนือจากการนำเสนอเกี่ยวกับเอชไอวีและการตรวจสุขภาพโดยเจฟ เทเลอร์ ที่สรุปไปแล้วยังมีการนำเสนอโดยตัวแทนชุมชนอีกหลายเรื่อง ในการประชุมครั้งนี้รวมถึงการนำเสนอเกี่ยวกับการรับรู้/เข้าใจเกี่ยวกับการวิจัยเพื่อรักษาการติดเชื้อเอชไอวีให้หาย โดย Andy Kaytes และการนำเสนอโดยตัวแทนของคณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชนของเครือข่ายสามคน (Morenike Onaiwu, Belinda Ameterra และ Lionel Hillard) เกี่ยวกับลำดับความสำคัญของชุมชนเกี่ยวกับประเด็นการวิจัยเอชไอวีและการสืบทอดประวัติและอนาคตของคณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชน ซึ่งเป็นการแสดงว่าผู้บริหารเครือข่าย ACTG และนักวิจัยของเครือข่ายยอมรับบทบาทของคณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชนและตัวแทนชุมชนในการมีส่วนร่วมในการวิจัยของเครือข่าย ACTG อย่างแท้จริง การยอมรับและทัศนคติที่ดีต่อชุมชนโดยนักวิจัยเช่นนี้จะนำไปไม่ได้หากว่าตัวแทนชุมชนไม่สนใจเรียนรู้เรื่องเกี่ยวกับการวิจัยและวิทยาศาสตร์โดยรวมและไม่แสดงความรับผิดชอบตอบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างจริงจัง