

УДК 616.33+616.342]-002.2-036.1-053.6:616-056.13-035.63/64

**Т.А. Богданова¹, В.С. Березенко¹,
О.В. П'янкова², О.В. Гур'єва², Г.М. Голованенко²**

Особенности течения хронического гастродуоденита на тлі харчової гіперчутливості у підлітків

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна
²Дитяча клінічна лікарня №9 м. Києва, Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2018.3(91):54-58; doi 10.15574/SP.2018.91.54

Мета: виявити особливості перебігу хронічної гастродуоденальної патології у підлітків із харчовою гіперчутливістю.

Матеріали і методи. Під спостереженням було 50 дітей віком від 12 до 17 років з хронічною гастродуоденальною патологією на тлі харчової гіперчутливості. Залежно від рівня IgE діти були розподілені на дві групи спостереження — IgE(+) та IgE(-). Вивчалися анамнестичні та клінічні дані, результати ФЕГДС, інтрагастральної рН-метрії, діагностики *H.pylori* за допомогою уреазного та дихального «Хелік-тесту».

Результати. Діти з IgE(+) та з IgE(-) мали такі діагнози: хронічний інфекційний Hp-асоційований гастродуоденіт, хронічний гастрит, пов'язаний з дуоденальним рефлюксом, хронічний гастродуоденіт з ерозивною гастропатією або дуоденопатією та алергічний дуоденіт.

Висновки. Клінічно у підлітків з IgE(+) превалював інтенсивний біль у животі, не пов'язаний з прийомом їжі. А у дітей з IgE(-) біль у животі був неінтенсивним та пов'язаним з прийомом їжі. Провідною ознакою диспептичного синдрому у підлітків з IgE(-) була нудота.

Ключові слова: підлітки, хронічна гастродуоденальна патологія, харчова гіперчутливість.

Course features of the chronic gastroduodenitis with underlying food hypersensitivity in adolescents

T.A. Bogdanova¹, V.S. Berezenko¹, O.V. Pyankova², O.V. Gurjeva², G.M. Golovanenko²

¹Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

²Kyiv Children's Clinical Hospital No.9, Ukraine

Objective: to reveal the features of the course of chronic gastroduodenal pathology in adolescents with food hypersensitivity.

Material and methods. Fifty adolescent patients aged from 12 to 17 years old with chronic gastroduodenal pathology with underlying food hypersensitivity were observed. Depending on the level of IgE, the children were divided into two observation groups: with IgE(+) and IgE(-). Evaluation of medical history and clinical data in adolescents, the results of fibrogastroduodenoscopy, intragastric pH-metry, diagnosis of *H.pylori* with the urease and respiratory «Helic-test» were provided.

Results. Adolescents with IgE(+) and IgE(-) had such diagnoses as: chronic infectious Hp-associated gastroduodenitis, chronic gastritis associated with duodenal reflux, chronic gastroduodenitis with erosive gastropathy or duodenopathy and allergic duodenitis.

Conclusions. Adolescents with IgE(+) status had an intense pain in the abdomen that was not associated with eating. In turn, the abdominal pain of the children with IgE(-) status was not intensive and was associated with food intake. The main symptom of dyspeptic syndrome of adolescents with IgE(-) was nausea.

Key words: adolescents, chronic gastroduodenal pathology, food hypersensitivity.

Особенности течения хронического гастродуоденита у подростков на фоне пищевой гиперчувствительности

Т.А. Богданова¹, В.С. Березенко¹, О.В. П'янкова², О.В. Гур'єва², Г.М. Голованенко²

¹Національний медичний університет імені А.А. Богомольця, г. Київ, Україна

²Детская клиническая больница №9 г. Киева, Украина

Цель: определить особенности течения хронической гастродуоденальной патологии у подростков с пищевой гиперчувствительностью.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 50 детей в возрасте от 12 до 17 лет с хронической гастродуоденальной патологией на фоне пищевой гиперчувствительности. В зависимости от уровня IgE дети были разделены на две группы наблюдения — IgE(+) и IgE(-). Изучались анамнестические и клинические данные, результаты ФЭГДС, интрагастральной рН-метрии, диагностики *H.pylori* с помощью уреазного и дыхательного «Хелик-теста».

Результаты. Дети с IgE(+) и IgE(-) имели такие диагнозы: хронический инфекционный Hp-ассоциированный гастродуоденит, хронический гастрит, связанный с дуоденальным рефлюксом, хронический гастродуоденит с эрозивной гастропатией или дуоденопатией и аллергический дуоденит.

Выводы. Клинически у подростков с IgE (+) превалировала интенсивная боль в животе, не связанная с приемом пищи. А у детей с IgE (-) боль в животе была неинтенсивной и связана с приемом пищи. Ведущим признаком диспептического синдрома у подростков с IgE (-) была тошнота.

Ключевые слова: подростки, хроническая гастродуоденальная патология, пищевая гиперчувствительность.

Вступ

Проблема розладів здоров'я, які пов'язані із їжею, механізми виникнення та особливості їх лікування завжди були предметом особливої уваги лікарів. Харчову непереносимість молока описав ще Гіппократ 2000 років тому. Національний інститут алергії та інфекційних хвороб Американської академії алергії, астми та імунології розробив у 2010 р. загальноприйнятту термінологію для позначення небажаних реакцій на їжу: гіперчутливість до їжі та харчова непереносимість [1].

За даними Американського Центру контролю та профілактики хвороб (2013), з 1997 р. по 2011 р. харчова алергія серед дітей зросла приблизно на 50%. Реакція дітей на алергію варіює від оральних проявів до анафілактичного шоку. Європейська академія алергії та клінічної імунології (ЕААСІ) повідомляє, що понад 17 млн європейців мають харчову алергію, а за останні 10 років діти госпіталізуються з анафілактичною реакцією до лікарень у сім разів частіше. Харчова алергія у 2–4 рази частіше може призводити до розвитку atopічного

дерматиту, астми та інших проявів алергії і є тригером у розвитку еозинофільної гастроінтестинальної хвороби [3]. Яйця, молоко, арахіс, соя, пшениця, лісові горіхи, риба і молюски спричиняють близько 90% випадків гіперчутливості до їжі у дітей США [1].

Харчова алергія може проявлятися через IgE-залежні, IgE-незалежні та змішані механізми. Шкіра, травний тракт і органи дихання є основними органами, у яких проявляються IgE-залежні реакції. Після споживання їжі, яка спричиняє гіперчутливість, можуть виникати негайні оральні симптоми, зокрема набряк губ, піднебіння, язика або горла. З боку травного тракту можуть виникати нудота, спазми, здуття і біль у животі, блювання та діарея. Після потрапляння антигена у кровоносне русло відбувається дегрануляція тучних клітин у шкірі, що призводить до появи кропив'янки, ангіоневротичного набряку, свербіжжю та еритематозної плямистої висипки. Проявами з боку системи дихання є кашель, важке дихання, профузний нежить, чхання і набряк гортані.

Змішаний механізм алергії включає IgE-залежний та клітинний механізм і проявляється з боку травного тракту алергічним еозинофільним езофагітом, алергічним еозинофільним гастроентеритом з нудотою після їжі, блюванням та втратою ваги. На шкірі — прояви атопічного дерматиту у вигляді сверблячої дрібної висипки, яка прогресує в екзематозні ураження. Хворі зі змішаним видом харчової гіперчутливості страждають на астму.

IgE-незалежний механізм викликає індукований харчовими білками ентероколіт, ентеропатію, алергічний проктоколіт і целіакію (індуковану глютенем ентеропатію). Це імунологічно медіовані розлади, у яких IgE не беруть участі [1–2].

Захворювання верхніх відділів травного тракту займають значне місце у патології дитячого віку, поширеність яких за останні 20 років зросла з 95,5 до 159,5 на 1000 дитячого населення [9]. За даними «Центру медичної статистики МОЗ України», захворювання органів травлення за поширеністю займають друге місце після респіраторної патології. А середній річний темп приросту алергічних захворювань у популяції в Україні становить 0,3%. Середня частота алергічних захворювань в Україні становить 12,28% — це близько 6 млн мешканців України та приблизно 1 млн українських дітей.

За даними епідеміологічних досліджень, 40% дітей в Україні хворіють на АЗ [2,8].

Дослідження М.В. Калічевської (2015) показало, що у дітей із супутньою патологією верхніх відділів травного тракту бронхіальна астма має важчий перебіг і супроводжується низьким рівнем контролю симптомів [6].

Відомо, що у патогенезі харчової гіперчутливості травний тракт має велике значення [7,10]. Особливості перебігу хронічної гастродуоденальної патології, асоційованих або пов'язаних з алергічними захворюваннями та харчовою гіперчутливістю, сьогодні в Україні недостатньо вивчені.

Метою дослідження було встановити особливості перебігу хронічної гастродуоденальної патології у підлітків з харчовою гіперчутливістю.

Матеріал і методи дослідження

Під нашим спостереженням було 50 підлітків (віком від 12 до 17 років) з хронічною гастродуоденальною патологією на тлі харчової гіперчутливості. Середній вік дітей становив 14,3 року (12–17 років). Серед обстежених було 22% (n=11) дівчат та 78% (n=39) хлопців. Обстеження проводилося під час стаціонарного лікування хворих у гастроентерологічному відділенні ДКЛ №9 м. Києва, куди вони були госпіталізовані у зв'язку із загостренням хронічної гастродуоденальної патології.

Для верифікації діагнозу усім дітям проводили фіброезофагогастродуоденоскопію (ФЕГДС) верхніх відділів травного каналу фіброскопом Gif-P3 фірми OLYMPUS та морфологічне дослідження біоптатів слизової оболонки антрального відділу шлунка та дванадцятипалої кишки. Для визначення кислотності шлунка виконували інтрагастральну рН-метрію. Базальну секрецію оцінювали в тілі та антральному відділах шлунка за методичними рекомендаціями В.Н. Чорнобрового: виразна гіпоацидність при рН 3,6–6,9; помірна гіпоацидність — рН 2,3–3,5; нормаацидність — рН 1,6–2,2; помірна гіперацидність — рН 1,3–1,5; гіперацидність — рН 0,9–1,2. Діагностика Н. pylori проводилась уреазним та дихальним тестами «Хелік-тест» (ТОВ «АМА», Санкт-Петербург, Росія).

Дослідження виконані відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалений Локальним етичним комітетом (ЛЕК) всіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень було отримано поінформовану згоду батьків дітей (або їхніх опікунів).

Відповідно до рекомендацій Кіотського консенсусу (2015 р.) [11], хронічний інфекційний

Таблиця 1

Характер патології гастродуоденальної зони у дітей залежно від IgE-статусу

Патологія	Показник	Ig E(-) (n=16)		Ig E(+) (n=34)	
		абс.	%	абс.	%
Хронічний інфекційний Нр-асоційований гастродуоденіт		3	18,75	10	29,4
Хронічний гастрит, пов'язаний з дуоденальним рефлюксом		3	18,75	13	38,2
Хронічний гастродуоденіт з ерозивною гастропатією або дуоденопатією		7	43,75*	3	8,8
Алергічний дуоденіт		3	18,75	8	23,5

Примітка: * – $p < 0,05$.

Нр-асоційований гастродуоденіт у стадії загострення був діагностований у 13 (26%) дітей, з них виразкову хворобу дванадцятипалої кишки мали 3 (6%) дітей. Хронічний гастрит, пов'язаний з дуоденальним рефлюксом, був у 16 (32%) дітей. Хронічний гастродуоденіт з ерозивною гастропатією або дуоденопатією – у 10 (20%) обстежених, хронічний алергічний дуоденіт – у 11 (22%) дітей.

Для підтвердження атопічного генезу захворювання у всіх пацієнтів визначали рівень загального IgE. Дослідження проводились у клініко-діагностичній лабораторії «МедіАн» методом твердофазного хемолюмінесцентного імуноферментного аналізу на апараті «Імунохем» 2600.

Залежно від рівня IgE хворі були розподілені на дві групи спостереження: з IgE(+) – 68% (n=34) дітей та IgE(-) – 32% (n=16). Усього із загостреннями шкірних проявів на момент госпіталізації було 38% (n=19) підлітків. Прояви атопічного дерматиту мали 28% (n=14) хлопців і 10% (n=5) дівчат. Серед пацієнтів з IgE(+) прояви атопічного дерматиту мали 38,2% (n=13) підлітків, а серед IgE(-) – 37,5% (n=6). Важкість харчової алергії оцінювали за проявами атопічного дерматиту. Бальну оцінку ступеня важкості атопічного дерматиту проводили за індексом SCORAD (scoring of atopic dermatitis) відповідно до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної та третинної медичної допомоги дітям з атопічним дерматитом (наказ МОЗ України № 670 від 04.07.2016): легкий ступінь встановлювали дітям з індексом SCORAD <20 балів, середній – 20–40 балів, важкий >40 балів [4,5]. Легкий ступінь атопічного дерматиту спостерігався у 1 (2%) дитини, середній – у 6 (12%), а важкий – у 12 (24%). Клінічна симптоматика оцінювалася за проявами больового, диспептичного синдрому та синдрому хронічної неспецифічної інтоксикації.

Статистична обробка отриманих результатів проводилася з використанням пакету програм Statistica 6.1 та SPSS 13,0. Різниця показників була розрахована за оцінкою критерію χ^2 Пірсона і вважалася достовірною при значенні $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз даних анамнезу показав, що спадковість щодо хронічних захворювань гастродуоденальної зони та алергічних хвороб була обтяженою у половини обстежених. Наявність хронічної патології верхніх відділів травного каналу у одного з батьків спостерігалася у 42% (n=21), в обох батьків – у 56% (n=28) випадків. Деструктивні зміни слизової (виразкова хвороба) шлунка та дванадцятипалої кишки були у 46% (n=23) батьків обстежених дітей: виразка шлунка мала місце у 12% (n=6), а виразка дванадцятипалої кишки – у 34% (n=17). Алергічні захворювання, які проявлялись атопічним дерматитом та бронхіальною астмою, хоча б у одного з батьків виявлені у 48% (n=24) обстежених, в обох – у 12% (n=6) дітей.

Як видно з табл. 1, деструктивні зміни слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки достовірно частіше зустрічалися у підлітків з IgE(-) ($\chi^2=5,09$; $p=0,03$).

Не виявлено відмінностей ендоскопічної картини захворювання залежно від наявності чи відсутності загострення атопічного дерматиту.

Особливості клінічних проявів хронічного гастродуоденіту у досліджуваних групах дітей наведені у таблиці 2. Отримані дані свідчать, що у підлітків з IgE(+)-статусом біль частіше визначався в епігастральній, пілородуоденальній зонах та правому підребер'ї. У дітей з IgE(-) зазвичай біль відмічався в епігастральній та пілородуоденальній ділянках, а інколи був зовсім відсутній при пальпації. У хворих з IgE(+)-статусом біль переважно не пов'язаний з прийомом їжі ($\chi^2=6,5$; $p=0,01$), в той час

Таблиця 2

Клінічні прояви хронічного гастродуоденіту у дітей залежно від IgE-статусу

Симптом	Ig E(+) (n=34)		Ig E(-) (n=16)	
	абс.	%	абс.	%
Шкірні прояви (n=19)	13	38,20	6	37,50
Біль у животі				
<i>За локалізацією:</i>				
— епігастрій	28	82,40	7	43,80
— пілородуоденальна зона	20	58,80	4	25,00
— навколо пупка	8	23,50		
— праве підреб'я	16	47,10		
— відсутній	0	0	3	18,75
<i>За інтенсивністю</i>				
— інтенсивний	13	38,2*	0	0
— неінтенсивний	21	61,80	13	81,30
<i>За характером</i>				
— нападopodobний	13	38,20		
— ниючий	20	58,80	10	62,50
— давлячий	6	17,60		
<i>Зв'язок з прийомом їжі</i>				
— не пов'язаний	32	94,1*	3	18,75
— пов'язаний	2	5,90	13	81,3*
Диспептичні прояви				
— відрижка повітрям	19	55,90	1	6,25
— неприємний присмак у роті	19	55,90	3	18,75
— метеоризм	15	44,10	2	12,50
— нудота	8	23,50	14	87,5*
<i>Схильність до запорів</i>	11	32,40	8	50,00

Примітка: * — відмінність достовірна між групами дітей з IgE (+) та IgE (-) статусом, $p < 0,05$.

як у підлітків з IgE (-)-статусом, навпаки, біль був пов'язаний з прийомом їжі ($\chi^2=13,9$; $p < 0,001$). Інтенсивний біль у животі достовірно частіше зустрічався у дітей з IgE (+) ($\chi^2=5,57$; $p=0,01$).

Провідними ознаками диспептичного синдрому у підлітків з IgE(+) були метеоризм, відрижка повітрям, неприємний присмак

Таблиця 3

Особливості кислототвірної функції шлунка у дітей залежно від IgE-статусу

Показник	IgE(-)(n=16)		Ig E(+) (n=34)	
	абс.	%	абс.	%
Гіпоацидність	2	12,5	10	29,4
Нормоацидність	12	75,0	16	47,1
Гіперацидність	2	12,5	8	23,5

Примітка: * — $p < 0,05$.

у роті. У підлітків з IgE(-) достовірно частіше зустрічалась нудота ($\chi^2 = 6,2$; $p=0,01$).

Аналіз особливостей кислототвірної функції шлунка залежно від IgE-статусу наведено в таблиці 3. Встановлено відсутність взаємозв'язку між IgE-статусом обстежених хворих та кислототвірною функцією шлунка ($\chi^2=3,48$; $p=0,17$).

Висновки

Таким чином, у дітей з харчовою гіперчутливістю та IgE(-)-статусом достовірно частіше діагностовано ерозивні ураження шлунка та дванадцятипалої кишки. Частота алергічного дуоденіту не залежала від IgE-статусу. Встановлено, що у дітей з IgE(+) превалювали прояви больового синдрому за рахунок інтенсивного болю не пов'язаного з прийомом їжі. Водночас у п'ятої частини дітей з IgE(-) захворювання перебігало без больового синдрому, а у більшості дітей біль був неінтенсивним та пов'язаним з прийомом їжі. На відміну від пацієнтів з IgE(+)-статусом, серед проявів диспептичного синдрому у підлітків з IgE(-) превалювала нудота.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Боброва ВІ, Богданова ТА. (2016). Гастроінтестинальна гіперреактивність та її значення у формуванні хронічного алергічного гастриту у дітей. Современная педиатрия. 1:127—129.
2. Більбот ЮК, Калічевська МВ. (2015). Фактори ризику розвитку патології верхнього відділу травного тракту у дітей з бронхіальною астмою. Здоровье ребенка. Тематический выпуск Детская гастроэнтерология. 62:62—65.
3. Починок ТВ, Барзилович ВД, Барзилович АД. (2016). Фактори ризику формування atopії в дітей раннього віку з проявами харчової алергії. Перинатология и педиатрия. 4:94—97.
4. Самур ПК, Кінг К. (2012). Харчування у педіарії. 4-те видання. Львів: Медицина Світу.
5. Тяжка ОВ. (2016). Педіатрія. Підручник. Вінниця: Нова Книга.
6. Шадрін ОГ, Марушко ТЛ, Радущинська ТЮ, Марушко РВ. (2016). Харчова непереносимість у патогенезі функціональних захворювань шлунково-кишкового тракту в дітей раннього віку: підходи до діагностики та лікування. Перинатология и педиатрия. 1:104—111.
7. Kentaro Sugano, Jan Tack, Ernst J Kuipers, David Y Graham, Emad M El-Omar, Soichiro Miura, Ken Haruma. (2015). Kyoto global consensus report on Helicobacter pylori Gastritis. Gut Online First, published on July 23, as 10.1136/gutjnl-2015-309252.
8. Langan SM, Stuart B, Bradshaw L, Schmitt J, Williams HC, Thomas KS. (2017). Measuring long-term disease control in patients with atopic dermatitis: A validation study of well-controlled weeks. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 140.6:1580—1586. doi 10.1016/j.jaci.2017.02.043.
9. Liacouras CA, Furtura GT, Hirano I, Atkins D, Attwood SE, Bonis PA et al. (2011). Eosinophilic esophagitis: Updated consensus recommendations for children and adults. J Allergy Clin Immunol. 128(1):3—20. doi 10.1016/j.jaci.2011.02.040

10. Oранже AP, Glazenburg EJ, Wolkerstorfer A, de Waard-van der Spek FB. (2007). Practical issues on interpretation of scoring atopic dermatitis: the SCORAD index, objective SCORAD and the three-item severity score. *British Journal of Dermatology*.157.4:645—648.
11. Ventura MT, Polimeno L, Amoruso AC, Gatti F, Annoscia E, Marinaro M et. al. (2007). Intestinal permeability in patients with adverse reactions to food. *Digestive and Liver Disease*. 38.10:732—736.

Сведения об авторах:

Березенко Валентина Сергеевна — д.мед.н., зав. каф. педиатрии №1 НМУ имени А.А. Богомольца, руководитель научной группы исследования фиброгенеза печени и методов его коррекции. Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел. (044) 483-62-36.

Богданова Татьяна Анатольевна — аспирант каф. педиатрии №1 НМУ имени А.А. Богомольца. Адрес: г. Киев, ул. М. Коцюбинского, 8-а; тел. (044) 465-17-88.

Пьянова Александра Васильевна — к.мед.н., гл. врач Детской клинической больницы №9 г. Киева. Адрес: г. Киев, ул. Копыловская, 1/7; тел. (044) 468-50-70.

Гурьева Оксана Васильевна — врач гастроэнтерологического отделения №4 Детской клинической больницы №9 г. Киева.

Адрес: г. Киев, ул. Копыловская 1/7; тел. (044) 468-33-06.

Голованенко Галина Николаевна — врач гастроэнтерологического отделения №4 Детской клинической больницы №9 г. Киева.

Адрес: г. Киев, ул. Копыловская 1/7; тел. (044) 468-33-06.

Статья поступила в редакцию 17.11.2017 г.

ДО УВАГИ АВТОРІВ!

АЛГОРИТМ РЕЄСТРАЦІЇ ORCID

Open Researcher and Contributor ID (ORCID) — міжнародний ідентифікатор науковця

Створення єдиного реєстру науковців та дослідників на міжнародному рівні є найбільш прогресивною та своєчасною ініціативою світового наукового товариства. Ця ініціатива була реалізована через створення в 2012 році проекту Open Researcher and Contributor ID (ORCID). ORCID — це реєстр унікальних ідентифікаторів вчених та дослідників, авторів наукових праць та наукових організацій, який забезпечує ефективний зв'язок між науковцями та результатами їх дослідницької діяльності, вирішуючи при цьому проблему отримання повної і достовірної інформації про особу вченого в науковій комунікації.

Для того щоб зареєструватися в ORCID через посилання <https://orcid.org/> необхідно зайти у розділ «For researchers» і там натиснути на посилання «Register for an ORCID iD».

В реєстраційній формі послідовно заповнюються обов'язкові поля: «First name», «Last name», «E-mail», «Re-enter E-mail», «Password» (Пароль), «Confirm password»

В перше поле вводиться ім'я, яке надане при народженні, по-батькові не вводиться. Персональна електронна адреса вводиться двічі для підтвердження. Вона буде використовуватися як Login або ім'я користувача. Якщо раніше вже була використана електронна адреса, яка пропонується для реєстрації, з'явиться попередження червоного кольору. **Неможливе створення нового профілю з тією ж самою електронною адресою.** Пароль повинен мати не менше 8 знаків, при цьому містити як цифри, так і літери або символи. Пароль, який визначається словами «Good» або «Strong» приймається системою..

Нижче визначається «Default privacy for new works», тобто налаштування конфіденційності або доступності до персональних даних, серед яких «Public», «Limited», «Private».

Далі визначається частота повідомлень, які надсилає ORCID на персональну електронну адресу, а саме, новини або події, які можуть представляти інтерес, зміни в обліковому записі, тощо: «Daily summery», «Weekly summery», «Quarterly summery», «Never». Необхідно поставити позначку в полі «I'm not a robot» (Я не робот).

Останньою дією процесу реєстрації є узгодження з політикою конфіденційності та умовами користування. Для реєстрації необхідно прийняти умови використання, натиснувши на позначку «I consent to the privacy policy and conditions of use, including public access and use of all my data that are marked Public».

Заповнивши поля реєстраційної форми, необхідно натиснути кнопку «Register», після цього відкривається сторінка профілю учасника в ORCID з особистим ідентифікатором ORCID ID. Номер ORCID ідентифікатора знаходиться в лівій панелі під ім'ям учасника ORCID.

Структура ідентифікатора ORCID являє собою номер з 16 цифр. Ідентифікатор ORCID — це URL, тому запис виглядає як <http://orcid.org/xxxx-xxxx-xxxxxxx>.

Наприклад: <http://orcid.org/0000-0001-7855-1679>.

Інформацію про ідентифікатор ORCID необхідно додавати при подачі публікацій, документів на гранти і в інших науково-дослідницьких процесах, вносити його в різні пошукові системи, наукометричні бази даних та соціальні мережі.

Подальша робота в ORCID полягає в заповненні персонального профілю згідно із інформацією, яку необхідно надавати.