

УДК 616.321/.322-002.1-085-053.2

**Ю.В. Марушко, А.О. Асонов**

## Узагальнення даних застосування бензидаміну гідрохлориду та цетилпіридинію хлориду в клінічній практиці

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2018.7(95):83-87; doi 10.15574/SP.2018.95.83

Актуальність проблеми раціональної фармакотерапії запальних захворювань глотки у дітей обумовлена поширеністю даної патології. Діагностика гострого тонзиллофарингіту у дітей передбачає диференціацію на імовірно вірусну чи бактеріальну (у тому числі β-гемолітичний стрептокок групи А) етіологію з відповідним алгоритмом протимікробної терапії. Лікування болю в горлі передбачає необхідність застосування неантибактеріального препарату, що буде відповідати очікуванням пацієнтів щодо якнайшвидшого полегшення болю.

Застосування фіксованої комбінації 3 мг бензидаміну гідрохлориду та 1 мг цетилпіридинію хлориду, що входять до складу препарату Септолете Тотал (у формі леденчиків), ефективно та безпечно для беззаспокоїливої, протизапальної та антисептичної терапії подразнення слизової оболонки глотки, рота та ясен при гінгівіті, фарингіті та ларингіті у дітей та дорослих.

**Ключові слова:** фарингіт, тонзиллофарингіт, діти, бензидаміну гідрохлорид, цетилпіридинію хлорид, Септолете Тотал.

### Summary of data on the use of benzydamine hydrochloride and cetylpyridinium chloride in clinical practice

*Yu.V. Marushko, A.O. Asonov*

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

The urgency of the problem of rational pharmacotherapy of inflammatory diseases of the pharynx in children is due to the widespread prevalence of this pathology. Diagnosis of acute tonsillopharyngitis in children involves differentiation into probable viral and bacterial (including β-hemolytic streptococcus group A) etiology with an appropriate antimicrobial therapy algorithm. Treatment for throat pain involves the need for a non-antibacterial drug that justifies patients' expectations for rapid pain relief. The use of a fixed combination of 3 mg of benzidamine hydrochloride and 1 mg of cetylpyridinium chloride, which is part of the Septolette Total, is effective and safe for pain relief, anti-inflammatory and antiseptic therapy of pharyngitis, mouth and gums in gingivitis and laryngitis in children and adults.

**Key words:** pharyngitis, children, tonsillopharyngitis, benzidamine hydrochloride, cetylpyridinium chloride, Septolette Total.

### Обобщение данных о применении бензидамина гидрохлорида и цетилпиридиния хлорида в клинической практике

*Ю.В. Марушко, А.А. Асонов*

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Актуальность проблемы рациональной фармакотерапии воспалительных заболеваний глотки у детей обусловлена распространенностью данной патологии. Диагностика острого тонзиллофарингита у детей предусматривает дифференциацию на вероятно вирусную и бактериальную (в том числе β-гемолитический стрептококк группы А) этиологию с соответствующим алгоритмом антимикробной терапии. Лечение боли в горле предусматривает необходимость применения неантибактериального препарата, который будет оправдывать ожидания пациентов относительно скорейшего облегчения боли.

Применение фиксированной комбинации 3 мг бензидамина гидрохлорида и 1 мг цетилпиридиния хлорида, входящих в состав препарата Септолете Тотал (в форме леденцов), эффективно и безопасно для болеутоляющей, противовоспалительной и антисептической терапии раздражения слизистой оболочки глотки, рта и десен при гингивите, фарингите и ларингите у детей и взрослых.

**Ключевые слова:** фарингит, тонзиллофарингит, дети, бензидамина гидрохлорид, цетилпиридиния хлорид, Септолете Тотал.

Респираторні захворювання залишаються найпоширенішою патологією людини. Їх постійне зростання реєструється у багатьох країнах світу незалежно від клімато-географічної зони і рівня соціально-економічного розвитку країни. Глобалізація посилює ризик поширення цих захворювань, сприяє виникненню нових інфекцій, які швидко передаються і погано піддаються традиційній терапії [6]. За даними ВООЗ, щорічно на гострі респираторні інфекційні захворювання (ГРЗ) хворіє кожен третій житель планети. Гострі респираторні захворювання на 76–82% визначають патологію

дитячого віку [2,7]. Здебільшого ГРЗ мають легкий перебіг, проте респираторні захворювання є однією з причин дитячої смертності в усьому світі, щороку забираючи життя майже 2 млн дітей, що становить 10–20% усіх випадків дитячої смертності [18].

Незважаючи на потужні механізми природного захисту початкових відділів респираторного та травного тракту, біль і дискомфорт у горлі є однією з найчастіших причин звернення пацієнтів по медичну допомогу.

Фарингіт — це запалення слизової оболонки і підслизових структур глотки, викликане

різними вірусними і бактеріальними агентами. Гострий фарингіт є одним з найчастіших захворювань у дітей у світі і щорічно обумовлює понад 7 млн звернень до лікаря [6]. Фарингіт може бути єдиним проявом хвороби або одним з проявів у структурі інших симптомів загального захворювання (скарлатина, дифтерія, інфекційний мононуклеоз та інші), часто поєднується з тонзилітом.

Більшість випадків фарингіту обумовлені вірусами, перебігають доброякісно і не вимагають системного лікування. Серед вірусних агентів найчастішими етіологічними факторами гострого фарингіту у дітей є респіраторні віруси, такі як вірус грипу, парагрипу, риновіруси, коронавірус, аденовірус та респіраторний синцитіальний вірус.

Висока частота цих вірусних інфекцій, для яких діти є «основним резервуаром», зазвичай реєструється у холодну пору року. Вірусне захворювання, що перебігає із симптомом «червоного горла» у дитини, нерідко можуть викликати віруси Коксаки (Coxsackie) і ЕСНО (Enteric Cytopathic Human Orphan), вірус простого герпесу. Вірус Епштейна—Барр часто асоціюється з проявами тонзилофарингіту і картиною інфекційного мононуклеозу (спленомегалія, лімфаденопатія). Фарингітом може супроводжуватися також краснуха, кір та цитомегаловірусна інфекція.

Серед можливих бактеріальних збудників гострого фарингіту лідером є  $\beta$ -гемолітичний стрептокок групи А (*Streptococcus pyogenes*, БГСА). У деяких випадках етіологічними факторами гострих запальних процесів у глотці є золотистий стафілокок, гемофільна паличка, пневмокок, грамнегативні ентеробактерії, атипова мікрофлора. Певна роль у розвитку тонзилофарингітів належить мікст-інфекції та грибковим патогенам, найбільш поширеними з яких є гриби роду *Candida*. Таким чином, у більшості випадків діагностика гострого фарингіту спрямована на диференціювання вірусної інфекції та БГСА [2,7].

Протимікробна терапія при вірусному фарингіті не призведе до одужання, але може бути корисною при фарингіті, обумовленому БГСА. Точність етіологічної діагностики вкрай важлива і для попередження необґрунтованого застосування антибактеріальних препаратів у дітей.

Згідно з рекомендаціями Європейської спілки клінічної мікробіології та інфекційних хвороб, системна антибактеріальна терапія показана тільки за підтвердженої стрептокової етіології тонзилофарингіту. «Золотим стан-

дартом» визначення БГСА в глотці є бактеріологічне дослідження. Суттєвим недоліком даного методу є очікування результату протягом кількох днів, тоді як питання про призначення системної антибіотикотерапії необхідно вирішити протягом найближчих годин. У цьому випадку велику діагностичну цінність мають сучасні тестові системи, які дозволяють досить швидко отримувати результат і мають високу специфічність (95–100%), але меншу, ніж при культуральному дослідженні, чутливість (60–95%). Слід зазначити, що експрес-методи доповнюють, але не замінюють, культуральний метод, що дозволяє, у тому числі, визначити чутливість збудника до протимікробних препаратів [10–12,15,18,19].

Сьогодні у світі вживаються масштабні заходи, спрямовані на подолання проблеми резистентності бактерій до антибактеріальних препаратів внаслідок необґрунтованого застосування останніх. Проте, за даними фармакоепідеміологічних досліджень, більше половини пацієнтів з болем у горлі в США отримують саме антибактеріальні препарати, незважаючи на те, що основними етіологічними чинниками виступають віруси.

Таким чином, лікування болю у горлі, передбачає необхідність застосування неантибактеріального препарату, який виправдовує очікування пацієнтів щодо швидкого полегшення болю [4].

Зміна практики надмірного призначення антибіотиків у педіатричній практиці передбачає використання альтернативних методів терапії лікарськими пастилками, що дозволяють досягти швидкого зменшення болю і дискомфорту, пов'язаного з болем у горлі, та чинять етіопатогенетичний вплив на збудника захворювання. Таким вимогам відповідають пастилки Септолете Тотал, що містять фіксовану комбінацію 3 мг бензидаміну гідрохлориду та 1 мг цетилпіридинію хлориду, що призначають для безпечної, протизапальної та антисептичної терапії подразнення слизової оболонки глотки, рота та ясен при гінгівіті, фарингіті і ларингіті. Септолете Тотал дозволений для використання у дітей з 6-річного віку [4].

Бензидаміну гідрохлорид — нестероїдний протизапальний засіб (НПЗЗ) місцевої дії з групи індозолів, що має протизапальні та місцево анальгезуючі властивості. На відміну від більшості НПЗЗ, механізм протизапальної дії бензидаміну зумовлений пригніченням на найбільш ранніх етапах розвитку запального процесу синтезу та

продукції прозапальних цитокинів, зокрема тумор-некротичного фактора  $\alpha$  (ТНФ- $\alpha$ ) та інтерлейкіну-1 $\beta$ , а також стабілізацією клітинних мембран та подальшим пригніченням синтезу простагландинів. Доведено, що бензидамін перевершує традиційні НПЗЗ, такі як напроксен та ібупрофен, за пригніченням синтезу прозапальних цитокинів: тумор-некротичного фактора  $\alpha$  та інтерлейкіну-1 $\beta$  [17]. Добре абсорбується через слизові оболонки і проникає у запалені тканини. Бензидаміну гідрохлориду притаманна стабілізуюча дія на клітинні мембрани нейтрофілів, тучних клітин, еритроцитів і тромбоцитів. Місцева анестезуюча дія обумовлена структурною подібністю молекули бензидаміну до молекул місцевих анестетиків, зокрема тетракаїну [16]. Це зумовлює швидке усунення болю при застосуванні бензидаміну при захворюваннях орофарингеальної зони. Також препарат сприяє процесу епітелізації, тобто загоєнню [5]. Бензидаміну гідрохлорид не викликає побічних ефектів, характерних для системних НПЗЗ, таких як виразковий та гематологічний. Навіть при потраплянні у кровотік частини препарату тривалість системного впливу незначна у зв'язку з низькою спорідненістю його до білків плазми крові. Важливим, у першу чергу щодо запобігання поліпрагмазії, є те, що доведено бактерицидну дію бензидаміну гідрохлориду щодо 110 видів бактерій, зокрема *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecalis*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus epidermalis*. Механізм антибактеріальної дії бензидаміну гідрохлориду полягає у швидкому проникненні через мембрани мікроорганізмів із подальшим ушкодженням клітинних структур, порушенням метаболічних процесів та лізисом клітини [14]. Фунгіцидна дія бензидаміну гідрохлориду реалізується шляхом структурних модифікацій клітинної стінки грибів та метаболічних ланцюгів міцетів, що перешкоджає їх репродукції (проти 20 штамів грибів роду *Candida albicans* та *nonalbicans*, а також *Aspergillus niger*) [13].

Цетилпіридинію хлорид — це антисептичний засіб із групи четвертинних сполук амонію. Він діє як катіонний детергент. Четвертинні сполуки амонію зв'язуються з поверхнею бактеріальних клітин, проникають крізь неї та зв'язуються з цитоплазматичною мембраною мікроорганізму. У результаті зв'язування цитоплазматична мембрана мікробів збільшує проникність для низькомолекулярних інгредієнтів, головним чином іонів калію. Потім четвертинні сполуки амонію проникають у клітину, порушуючи функції клітини і, таким чином, знищуючи її.

Цетилпіридинію хлорид має широкий спектр протимікробної дії, а також протигрибкову активність (наприклад, проти *Candida* та *Saccharomyces*) та противірусну активність проти деяких вірусів з оболонкою. Найбільш виразною є бактерицидна дія на грампозитивні бактерії (зокрема на *Staphylococcus*). Грамнегативні бактерії є помірно чутливими до цетилпіридинію хлориду, тоді як деякі штами *Pseudomonas* є відносно нечутливими [4].

Дослідження останніх років показали високу ефективність цетилпіридинію хлориду та бензидаміну гідрохлориду у місцевій терапії захворювань ротоглотки серед дитячого та дорослого населення.

У дослідженні С. Сінгі та співавт. [9] вивчали особливості дії бензидаміну при спільному використанні з антибактеріальними препаратами для лікування гострих тонзиліфарингітів, викликаних БГСА, у дітей. Проведений аналіз отриманих результатів показав статистично вірогідне зниження виразності основних клінічних проявів захворювання на тлі комплексного лікування. Дослідження показало, що застосування бензидаміну може поєднуватися з проведенням антибактеріальної терапії.

Вітчизняні дослідники на підставі власних результатів довели, що бензидаміну гідрохлорид може застосовуватися для усунення больового синдрому при лікуванні гострих тонзиліфарингітів у дітей [8].

Проведені численні клінічні дослідження вітчизняних та світових фахівців показали високу ефективність та безпеку бензидаміну для корекції стану дитини після проведення тонзилектомії, при лікуванні фарингітів, що розвиваються внаслідок інтубації трахеї під час проведення загальної анестезії.

Найчастіше пацієнтів після проведення інтубації трахеї турбує біль у горлі, що посилюється при ковтанні, дисфагія, що пов'язано з подразненням та травмуванням слизової оболонки ротової порожнини та гортані. У проведеному клінічному дослідженні встановлено значне зниження больового синдрому внаслідок інтубації трахеї після застосування бензидаміну [1].

Протягом останніх років доведена ефективність бензидаміну при комплексному лікуванні запальних захворювань пародонта у дітей [1].

У 2014 році П. Коширом та співавт. у Словенії було завершено порівняльне дослідження терапевтичної еквівалентності досліджуваної

(Септолете Тотал) і стандартної фіксованої комбінації 3 мг бензидаміну гідрохлориду та 1 мг цетилпіридинію хлориду у лікуванні болю в горлі, пов'язаного з інфекціями верхніх дихальних шляхів, серед дорослого населення. Дане дослідження було рандомізованим, порівняльним, плацебоконтрольованим, частково сліпим, у паралельних групах.

Відзначено швидкий початок дії досліджуваного препарату, що проявилось у вигляді зменшення інтенсивності болю в горлі протягом першого 15-хвилинного інтервалу після прийому препарату. Відзначено статистично значуще зменшення болю в горлі протягом, як мінімум, трьох годин порівняно з плацебо. Подібний ефект відзначений також при полегшенні болю протягом трьох годин. Через чотири дні після початку лікування інтенсивність болю зменшилась більш ніж на 85% порівняно з початковим значенням.

Лікування було успішним у 89% пацієнтів, які отримували досліджуваний препарат. Побічні реакції (сухість у роті та печія) спостерігалися у 2,54% пацієнтів, які отримували досліджуваний препарат. Побічні реакції були оцінені як слабо виражені і слабшали протягом доби.

Це дослідження продемонструвало, що досліджуваний препарат ефективний і добре переноситься серед пацієнтів із болем у горлі, пов'язаним з інфекціями верхніх дихальних шляхів [4].

У дослідженні А.Л. Косаковського показано, що використання пастилок з цетилпіридинію хлоридом при лікуванні дітей з катаральною ангіною, гострим фарингітом, гострим ларингітом добре переноситься, а ефективність досягає 93% [3].

Таким чином, використання фіксованої комбінації 3 мг бензидаміну гідрохлориду та 1 мг цетилпіридинію хлориду ефективно та безпечно для безбездискомфортної, протизапальної та антисептичної терапії подразнення слизової оболонки глотки, рота та ясен при гінгівіті, фарингіті та ларингіті у дітей та дорослих.

## Висновки

1. Більшість випадків запальних захворювань ротоглотки серед дорослого та дитячого населення обумовлені вірусами, мають доброякісний перебіг і не вимагають системного лікування.

2. Діагностика гострого тонзилофарингіту у дітей передбачає диференціацію на імовірно вірусну і бактеріальну (у тому числі БГСА) етіологію з відповідним алгоритмом антимікробної терапії.

Застосування фіксованої комбінації 3 мг бензидаміну гідрохлориду та 1 мг цетилпіридинію хлориду, що входять до складу препарату Септолете Тотал, ефективно та безпечно для безбездискомфортної, протизапальної та антисептичної терапії подразнення слизової оболонки глотки, рота та ясен при гінгівіті, фарингіті та ларингіті у дітей та дорослих.

## ЛІТЕРАТУРА

- Абатуров ОЕ, Кривуша ОЛ. (2016). Місцева терапія гострих тонзилофарингітів у дітей. *Здоровье ребенка*. 6(74):56–62.
- Ершова ИБ, Ширина ТВ. (2008). Проблема часто и длительно болеющих детей и методы оптимизации их лечения. *Здоровье ребенка*. 2(11):59–61.
- Косаковский АЛ, Панченко ОА, Косаковская ИА, Горошко ОИ, Жабинец НИ, Шух ЛА. (2015). О применении препарата Септолете со вкусом лимона, яблока, дикой черешни у пациентов с болью в горле. *Здоровье ребенка*. 5:71–74.
- Кошир П. (2017). Порівняльне дослідження терапевтичної еквівалентності досліджуваної і стандартної фіксованої комбінації 3 мг бензидаміну гідрохлориду та 1 мг цетилпіридинію хлориду у лікуванні болю в горлі, пов'язаного з інфекціями верхніх дихальних шляхів. *Здоровье ребенка*. 12;2:16–21.
- Леженко ГО, Пашкова ОЕ, Гирия ОМ. (2014). Оцінка ефективності застосування місцевої терапії в комплексному лікуванні бактеріального тонзилофарингіту у дітей. *Здоровье ребенка*. 32(53):21–24.
- Погорелова ОО, Горелов АВ, Усенко ДВ, Плоскирева АА. (2015). Опыт применения метаболитического пребиотика в лечении острых респираторных заболеваний у детей. *Вопросы практической педиатрии*. 10;4:61–65.
- Романцов МГ. (2008). Рациональная фармакотерапия часто болеющих детей. Санкт-Петербург: 76.
- Шахтель БП, Падджарино ДА. (2012). Рандомизированная двойная слепая плацебо-контролируемая модель, демонстрирующая местный эффект бензидамина у детей с тонзиллофарингитом. *Здоровье ребенка*. 8(43):73–76.
- Cingi C, Songu M, Ural A, Erdogmus N, Yildirim M, Cakli H, Bal C. (2011, Jun). Effect of chlorhexidine gluconate and benzydamine-hydrochloride mouth spray on clinical signs and quality of life of patients with streptococcal tonsillopharyngitis: multicentre, prospective, randomised, double-blinded, placebo-controlled study. *J Laryngol Otol*. 125(6):620–5.
- Gulliford M, Latinovic R, Charlton J, Little P, van Staa T, Ashworth M. (2009). Selective decrease in consultations and antibiotic prescribing for acute respiratory tract infections in UK primary care up to 2006. *J Public Health (Oxf)*. 31(4): 512–520.
- Lasseter GM, McNulty CA, Richard Hobbs FD. (2009). In vitro evaluation of five rapid antigen detection tests for

- group A beta-haemolytic streptococcal sore throat infections. *Fam Pract.* 26(6): 437–444.
12. McIsaac WJ, Goel V, To T, Low DE. (2000). The validity of sore throat score in family practice. *CMAJ.* 163(7): 811–15.
  13. Pina-Vaz C et al. (2000). Antifungal Activity of local anaesthetic against *Candida* Species. *Infectious Diseases in obstetrics and gynecology.* 8:124–37.
  14. Prats G. (2001). Study of Benzylamine in-vitro Activity against different bacterial strains of clinical interest. *Servicio de Microbiologia.* Barcelona, Spain.
  15. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, Gerber MA, Kaplan EL, Lee G, Martin JM, Van Beneden C. (2012). Infectious Diseases Society of America. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 55(10): 86–102.
  16. Simard-Savoie S, Forest D. (1978). Topical anaesthetic activity of benzylamine *Curr Ther Res.* 23:734–45.
  17. Sironi M et al. (1997). Benzylamine inhibits the release of tumor necrosis factor- $\alpha$  and monocyte chemoattractant protein-1 by *Candida albicans*-stimulated human peripheral blood cells. *Int J Clin Lab Res.* 27(2):118–22.
  18. Williams BG, Gouws E, Boschi-Pinto C, Bryce C, Dye C. (2002). Estimates of world-wide distribution of child deaths from acute respiratory infections. *Lancet. Infect. Dis.* 2: 25–32.
  19. Worrall GJ. (2007). Acute sore throat. *Can Fam Physician.* 53(11): 1961–1962.

### Сведения об авторах:

**Марушко Юрий Владимирович** — д-р мед. н., проф., зав. каф. педиатрии Института последипломного образования НМУ имени А.А. Богомольца.

Адрес: г. Киев, ул. Мельникова, 18, тел. (044) 483-91-96.

**Асонов Антон Алексеевич** — ассистент каф. педиатрии Института последипломного образования НМУ имени А.А. Богомольца.

Адрес: г. Киев, ул. Мельникова, 18, тел. (044) 483-37-09.

Статья поступила в редакцию 21.05.2018 г., принята к печати 10.11.2018 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-xxxxxxxx>.

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

Інформація 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.