

А.А. Мальська¹, О.Б. Куриляк²

Аномалія Ебштейна та критична коарктація аорти у новонародженого. Нетипове поєднання

¹Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна

²Комунальне некомерційне підприємство Львівської обласної ради «Львівська обласна дитяча клінічна лікарня "ОХМАТДИТ"» Україна

Modern Pediatrics. Ukraine. 8(112): 63-67. doi 10.15574/SP.2020.112.63

For citation: Malska AA, Kurilyak OB. (2020). Ebstein's anomaly and critical aortic coarctation in a newborn. An atypical combination. Modern Pediatrics. Ukraine. 8(112): 63-67. doi 10.15574/SP.2020.112.63

Наведено рідкісний випадок поєднання аномалії Ебштейна з критичною коарктацією аорти в новонародженій дитині, яка поступила до відділення реанімації новонароджених Львівської обласної дитячої лікарні «ОХМАТДИТ» із пологового будинку та потребувала ургентної хірургічної корекції.

Мета — провести аналіз літератури щодо випадків поєднання аномалії Ебштейна з критичною коарктацією аорти в новонароджених та навести клінічний випадок такого рідкісного поєднання в новонародженого хлопчика.

Клінічний випадок. Із пологового будинку до відділення реанімації новонароджених Львівської обласної дитячої лікарні «ОХМАТДИТ» госпіталізовано хлопчика на 2-гу добу після народження зі встановленим діагнозом аномалії Ебштейна.

На момент госпіталізації стан дитини був середньої тяжкості. Аускультативно: тони серця ритмічні, звучні, тахікардія (частота серцевих скорочень — 160 уд/хв), визначався акцент ІІ тону над легеневою артерією та систолічний шум по лівому краю груднини та під лівою лопаткою з інтенсивністю 4/6 за шкалою Левіне. Визначалася ослаблена пульсація на стегнових артеріях. Ехокардіографічно: встановлено діагноз «Критична коарктація аорти та аномалія Ебштейна», що є надзвичайно рідкісним поєднанням.

Клінічно на 6-ту добу життя стан дитини суттєво погіршився: наросла дихальна та серцево-судинна та ниркова недостатність. Дитина ургентно транспортована в умови реанімології в ДУ «НПМЦДКК», де успішно проведена хірургічна корекція коарктації аорти. Хірургічна корекція аномалії Ебштейна не виконувалась.

Висновки. Наведений нами випадок украї рідкісний, а поєднання аномалії Ебштейна та коарктації аорти в неонатальному періоді не описані в літературі, однак фахівці ультразвукової діагностики мають ретельно дотримуватися протоколу ехокардіографічного обстеження та проводити його в повному обсязі, для якісної діагностики та вчасного скерування дитини на хірургічну корекцію.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дитини.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: аномалія Ебштейна, критична коарктація аорти, новонароджені діти.

Ebstein's anomaly and critical aortic coarctation in a newborn. An atypical combination

A.A. Malska¹, O.B. Kurilyak²

¹Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Ukraine

²Public Noncommercial Enterprise of Lviv Regional Council «Lviv Regional Children's Clinical Hospital «OHMATDYT», Ukraine

This article presents a rare case of combination of Ebstein's anomaly with critical aortic coarctation in a newborn baby, who was admitted to the neonatal intensive care unit of the Regional Children's Hospital needed urgent surgical correction.

Purpose — to conduct a literature review of the clinical cases of association of Ebstein's abnormality with critical aortic coarctation in newborns and to present a clinical case of such a rare combination in a newborn boy.

Clinical case. A newborn boy was admitted to the neonatal intensive care unit of the Lviv Regional Children's Hospital OHMATDYT, on the second day after his birth with an established diagnosis of Ebstein's anomaly.

On admission, the child's general condition was moderate. On auscultation: rhythmic heart tones, tachycardia (heart rate 160 bpm), loud S2 above the pulmonary artery and loud 4/6 systolic murmur across the left sternal border and under the left scapula. The weakened pulsation of the femoral arteries was determined. On Echocardiographic examination: critical aortic coarctation and Ebstein's abnormality have been diagnosed, which is an extremely rare combination. Clinically on the 6th day of the child's life condition significantly worsened: respiratory and cardiovascular failure increased, diuresis decreased, urea and creatinine levels increased. The child was urgently transferred to the intensive care unit to the pediatric cardiac surgery center, where a surgical correction of aortic coarctation was successfully carried out. Surgical correction of Ebstein's anomaly was not performed.

Conclusions. The presented clinical case is extremely rare, despite the combination of Ebstein's anomaly and aortic coarctation in the neonatal period is not described in the literature, specialists of ultrasound diagnostics should closely monitor the protocol of echocardiographic examination and conduct it in full to diagnose the pathology and perform a timely surgical correction.

The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. The study protocol was approved by the Local Ethics Committee of these Institutes. The informed consent of the patient was obtained for conducting the studies.

No conflict of interest was declared by the authors.

Key words: Ebstein's anomaly, critical aortic coarctation, newborns.

Аномалия Эбштейна и критическая коарктация аорты у новорожденного. Нетипичное сочетание

А.А. Мальская¹, О.Б. Куриляк²

¹Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, Украина

² Коммунальное некоммерческое предприятие Львовского областного совета «Львовская областная детская клиническая больница "ОХМАТДЕТ"»

Представлен редкий случай сочетания аномалии Эбштейна с критической коарктацией аорты у новорожденного ребенка, который поступил в отделение интенсивной терапии новорожденных Львовской областной детской больницы «ОХМАТДЕТ» из роддома и нуждался в срочной хирургической коррекции.

Цель — проанализировать литературу о случаях сочетания аномалии Эбштейна с критической коарктацией аорты у новорожденных и привести клинический случай такой редкой комбинации у новорожденного мальчика.

Клинический случай. Из роддома в отделение интенсивной терапии новорожденных Львовской областной детской больницы «ОХМАТДЕТ» поступил мальчик на 2-е сутки после рождения с установленным диагнозом аномалии Эбштейна.

При поступлении состояние ребенка было средней степени тяжести. Аускультативно: сердечные тона ритмические, тахикардия (сердечный ритм — 160 уд/мин), определяется акцент второго тона над легочной артерией и систолический шум по левому краю грудины и под левой лопаткой с интенсивностью 4/6 по шкале Левине. Определена ослабленная пульсация на бедренной артерии. Эхокардиографически: диагностирована критическая коарктация аорты и аномалия Эбштейна, что является крайне редким сочетанием.

Клинически на 6-е сутки жизни состояние ребенка значительно ухудшилось: усилилась дыхательная, сердечно-сосудистая и почечная недостаточность. Ребенка срочно перевезли в условиях реанимобиля в центр кардиохирургии, где успешно проведена хирургическая коррекция коарктации аорты. Хирургическая коррекция аномалии Эбштейна не выполнялась.

Выводы. Представленный нами случай крайне редкий и сочетание аномалии Эбштейна и коарктации аорты в неонатальном периоде не описаны в литературе, специалисты ультразвуковой диагностики должны внимательно следовать протоколу эхокардиографического обследования и проводить его в полном объеме, для диагностирования патологии и своевременного проведения хирургической коррекции.

Исследование выполнено в соответствии с принципами Хельсинской Декларации. Протокол исследования утвержден Локальным этическим комитетом указанных в работе учреждений. На проведение исследований получено информированное согласие родителей ребенка.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Ключевые слова: аномалия Эбштейна, критическая коарктация аорты, новорожденные.

Вступ

Аномалія Ебштейна (АЕ) — це вроджена вада серця, що зустрічається досить рідко та характеризується патологічними змінами правої частини серця, зокрема, трикуспідального клапана (ТК) і правого шлуночка. Поєднання цієї вади із патологією лівої частини серця не є типовим.

Мета — провести аналіз літератури щодо випадків поєднання аномалії Ебштейна з критичною коарктацією аорти в новонароджених та навести клінічний випадок такого рідкісного поєднання в новонародженого хлопчика.

Вроджені вади ТК, що характеризуються стенозом чи недостатністю клапана, зустрічаються доволі рідко. Найпоширенішою є АЕ, уперше описана Вільямом Ебштейном ще у 1866 р. [6].

Аномалія Ебштейна зустрічається з частотою 0,5% серед усіх вроджених вад серця, характерними є дисплазія правого шлуночка та ТК. Аномалія Ебштейна є складною вродженою вагою серця та характеризується широкою варіабельністю анатомії та клінічних проявів.

Відповідно до літературних даних, при цій ваді завжди спостерігається відкрите овальне вікно та дефект міжпередсердної перегородки, також описується поєднання з вадами лівого шлуночка, такими як пролапс мітрального клапана, дефектом міжшлуночкової перегородки та некомпактним міокардом лівого шлуночка.

Поєднання з аортальними вадами зустрічаються вкрай рідко [1]. У 2011 р. в журналі клініки Мейо опубліковано дослідження, в якому вивчали поєднання АЕ з аномаліями лівого шлуночка. До групи дослідження увійшло 76 дітей, проте пацієнти із коарктацією аорти (КоА) туди не увійшли, а у 8% дітей визначався лише двостулковий аортальний клапан [2].

Аномалія Ебштейна — це мальформація ТК і правого шлуночка, що характеризується крипленим септальною стулкою до міжшлуночкової перегородки та задньою стулкою до міокарда правого шлуночка, дилатацією атріалізованої частини правого шлуночка, видовженою передньою стулкою ТК та обмеженою її рухомістю, дислокуванням та дилатованим, зміщеним до верхівки кільцем ТК. Коарктация аорти належить до найбільш нетипових вад, з якою може поєднуватися АЕ [3], загострює клінічні прояви АЕ та утруднює її діагностику.

У літературі описано кілька випадків поєднання АЕ із КоА у різних вікових періодах.

У 1999 р. науковці з Бразилії описали трьох хлопчиків із АЕ та КоА віком 7 місяців, 4 і 14 років, у 2 із них діагностували передсердно-шлуночкову дискордантність, у них розвинулася серцево-судинна недостатність ще в неонатальному періоді. У третього хлопчика передсердно-шлуночкова конкордантність була збережена, проте в нього також виявили вроджену аномалію провідних шляхів — синдром Вольфа—Паркінсона—Вайта з частими нападами пароксизмальної тахікардії. Усім трьом пацієнтам провели хірургічне втручання з приводу КоА.

Пацієнту із конкордантністю шлуночків виконали вальвулопластику ТК за технікою ДеВега та абляцію двох аномальних шляхів проведення пучка Кента додатково. Усі три пацієнти мали добрі післяопераційні результати протягом дворічного періоду, проте у двох пацієнтів із дискордантністю після хірургічного втручання залишалася недостатність ТК середнього ступеня тяжкості [3].

Група дослідників з Індії у статті «Аномалія Ебштейна із важким аортальним стенозом та синкопальні стани: ускладнення та лікування

ня» описали рідкісний випадок поєднання АЕ з вираженим аортальним стенозом у 69-річного чоловіка, в якого клінічні прояви вади почалися з ряду епізодів синкопальних станів. Пацієнту провели електрофізіологічне дослідження і не виявили додаткових провідних шляхів, відтак синкопальні стани були пов'язані з аортальним стенозом. Однак пацієнт раптово помер удома, в очікуванні хірургічної корекції [7].

У 2017 р. у журналі клінічної та експериментальної кардіології опублікували статтю «Аномалія Ебштейна та мальформації лівого серця. Презентація двох клінічних випадків та огляд літератури». Автори описали клінічні випадки поєднання АЕ із КоА у двох дорослих жінок. У 74-річної жінки, скерованої на хірургічне втручання з приводу пахової кили, у якої було діагностовано аномалію Ебштейна, вперше виявили пролапс передньої стулки мітрального клапана та розщеплення передньої мітральної стулки. У 29-річної жінки, що була асимптоматичною протягом тривалого часу, яка звернулася зі скаргами на задишку та прискорене серцебиття, діагностували АЕ в поєднанні з двостулковим аортальним клапаном, КоА, відкритою артеріальною протокою та овальним вікном [4]. Автори зробили висновок щодо необхідності ретельного дослідження лівого серця у всіх дітей з АЕ, оскільки, незважаючи на те, що це вкрай рідкісні знахідки, вони описані в літературі і можуть ускладнювати клінічний перебіг цієї вади.

Також у 2020 р. опублікували статтю індійських вчених «Аномалія Ебштейна трикуспідального клапана з аортальним стенозом та коарктацією аорти: успішна одноетапна корекція рідкісної вади у дорослого». Науковці описали 24-річного чоловіка, у якого протягом 6-місячного періоду прогресувала задишка під час фізичного навантаження. Під час ехокардіографічного обстеження діагностували АЕ з вираженим стенозом аортального клапана з максимальним градієнтом 145 мм рт. ст., а на комп'ютерній томографії діагностували виражену КоА. Пацієнта невідкладно прооперували та виписали на 6-ту добу, протягом 9-місячного терміну спостереження загальний стан пацієнта оцінили як задовільний [5].

Лікарі також наголосили на необхідності виконання повного протоколу обстеження, незважаючи на виявлену АЕ, ретельного дослідження лівих камер серця, незважаючи на рідкість поєднання з вищезгаданими вадами.

Наводимо рідкісний випадок поєднання АЕ з критичною коарктацією аорти (КоА) в новонародженій дитині, яка госпіталізована до відділення реанімації новонароджених Львівської обласної дитячої лікарні «ОХМАТДИТ» із пологового будинку та потребувала ургентної хірургічної корекції.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дитини.

Опис клінічного випадку

Із пологового будинку до відділення реанімації новонароджених Львівської обласної дитячої лікарні «ОХМАТДИТ» госпіталізований хлопчик на 2-гу добу після народження зі встановленим діагнозом АЕ.

З анамнезу відомо, що дитина народилася від 2-ї доношеної вагітності на 40-му тижні гестації, з вагою 3600 г, ростом 53 см та оцінкою за шкалою Апгар 7/8 балів.

На момент госпіталізації стан дитини був середньої тяжкості. При огляді: шкіра та видимі слизові бліді, чисті. У легенях вислуховувалося жорстке дихання, без хрипів. Аускультативно: тони серця ритмічні, звучні, тахікардія (частота серцевих скорочень — 160 уд/хв), визначався акцент II тону над легеневою артерією та систолічний шум по лівому краю грудини та під лівою лопаткою з інтенсивністю 4/6 за шкалою Левіне.

Визначалася ослаблена пульсація на стегнових артеріях. Артеріальний тиск на обох кінцівках був у межах 90/50 мм рт. ст., частота серцевих скорочень становила 160 уд/хв, частота дихання — 40/хв. При пальпації печінка виступала на 2,0 см з-під краю правої реберної дуги. Набряки не визначалися.

Із параклінічних обстежень: загальний аналіз крові та загальний аналіз сечі — у нормі. Біохімічні показники крові: підвищений непрямий білірубін — 199,4 мм/л; АСТ — 64,8, АЛТ — 24,8, сечовина — 9,41 ммоль/л, креатинін — 168,0 ммоль/л, калій — 5,0 ммоль/л, натрій — 138 ммоль/л, цукор крові — 4,5 мм/л. Загальний білок — 59,4 г/л, гематокрит — 50% та СРП(-).

Показники кислотно-лужної рівноваги: рН — 7,23; ВЕ — (-2,3); рСО₂ — 59; рО₂ — 40, у динаміці: рН — 7,26.

Під час ультразвукової діагностики внутрішніх органів та нейросонографії патологічні зміни не візуалізувалися. На рентгенографії органів грудної клітки визначалися легеневі поля без вог-

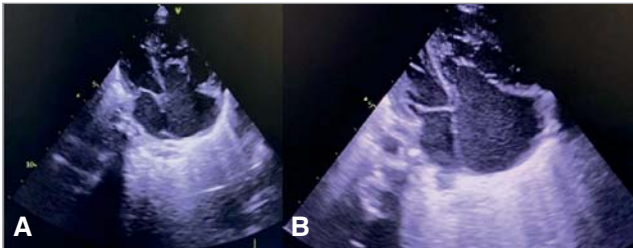


Рис. 1. Чотирикамерна позиція. А, В. Трикуспідальний клапан — ебштейноподібний, із вкороченою септальною стулкою, що кріпиться до міжшлуночкової перегородки

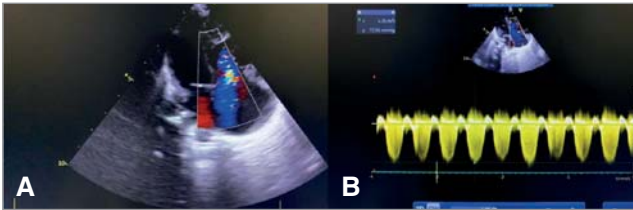


Рис. 2. Виражена регургітація на клапані 2,5+ (А) та з градієнтом тиску регургітації на трикуспідальному клапані 72 мм рт. ст. (В)

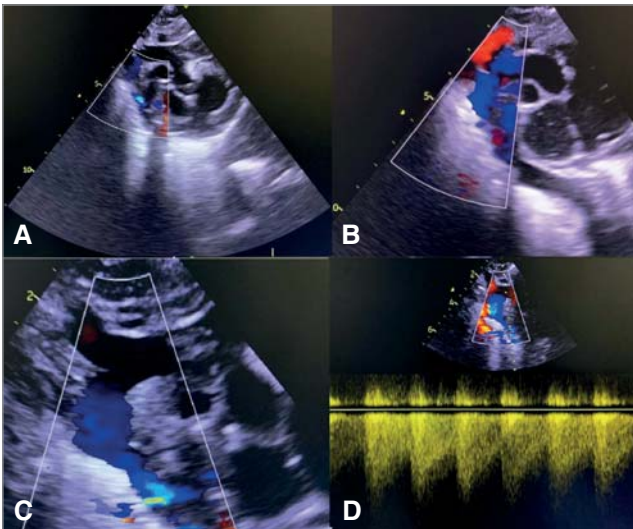


Рис. 3. Супрастернальна позиція: А,В,С — дуга аорти, низька коарктація аорти. У низхідній аорті відсутній пульсуючий кровотік, швидкістю 0,3 м/с; D — кровотік із градієнтом тиску 28–34 мм рт. ст.

нищевих та інфільтративних тіней і посиленій судинний малюнок. Візуалізувалося серце кулеподібної форми, значно поширене в поперечнику вліво, КТІ — 60%, розширений судинний пучок.

На електрокардіограмі визначався синусовий ритм із частотою серцевих скорочень 148 уд/хв. Електрична вісь серця була відхилена вправо, визначались ознаки гіпертрофії правого шлуночка та порушення процесів реполяризації міокарда.

Ехокардіографія: візуалізувалася атріалізована частина правого шлуночка, зумовлена дисплазією ТК. Трикуспідальний клапан — ебштейноподібний із вкороченою септальною стулкою, що кріпиться до міжшлуночкової перегородки і зміщений до верхівки (рис. 1).

Недостатність ТК 2,5+, градієнт тиску на ТК — 72 мм рт. ст. Тиск у правому шлуночку — 80 мм рт. ст. (рис. 2).

КДР правого шлуночка — 1,2 см, задня стінка лівого шлуночка — 0,3, відкрите овальне вікно — 5 мм із ліво-правим скидом. Дефекти перегородок не виявлялися, хід магістральних судин правильний.

Легенева артерія (ЛА) — діаметр 1 см. Права та ліва гілки ЛА добре розвинуті по 0,6 см, клапан без патології зі збереженою функцією.

Під час сканування магістральних судин визначався їх правильний хід. Діаметр ЛА становив 1,1 см та її гілки по 0,6 см, клапан без патології. Аортальний клапан — тристулковий з градієнтом тиску 10 мм рт. ст., розмір висхідної аорти — 0,8/1,2 см, дуга аорти — 0,8/0,7/0,5 см. Візуалізувалася низька КоА, діаметр у місці звуження становив 0,2 см. У низхідній аорті відсутній пульсуючий, низької швидкості (0,3 м/с) кровотік із градієнтом тиску 28–34 мм рт. ст. (рис. 3). Фракція викиду становила 54%.

Установлено діагноз «Критична КоА та АЕ», що є надзвичайно рідкісним поєднанням.

Клінічно на 6-ту добу життя стан дитини суттєво погіршився: наросла дихальна та серцево-судинна недостатність, знизився діурез, а також підвищилися показники сечовини та креатиніну.

Дитину перевели на штучну вентиляцію легень, підключили інфузію альпростану в дозі 0,05 мкг/кг/хв, добутамін 7,5–10 мкг/кг/хв, фуросемід та верошпірон. Дитину ургентно транспортували в умовах реанімобіля до ДУ «НПМЦДКК», де успішно провели хірургічну корекцію КоА.

Хірургічну корекцію АЕ не виконували.

Висновки

Аномалія Ебштейна — це складна вроджена вада серця, що характеризується широким анатомічним спектром і клінічним перебігом. Дуже рідко ця патологія поєднується з КоА.

Наведений нами випадок украй рідкісний, а маніфестація клінічних проявів АЕ та КоА в неонатальному періоді не описана в літературі, однак фахівці ультразвукової діагностики мають ретельно дотримуватися протоколу ехокардіографічного обстеження та проводити його в повному обсязі, для якісної діагностики та вчасного скерування дитини на хірургічну корекцію.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

REFERENCES/ЛІТЕРАТУРА

1. Brickner ME, Hillis LD, Lange RA. (2000). Congenital heart disease in adults: second of two parts. N Engl J Med. 342: 334–342.
2. Christine H, Attenhofer Jos, Heidi M, Connolly, Patrick, W O'Leary. (2005, Mar). Left Heart Lesions in Patients With Ebstein Anomaly. Mayo Clinic Proceedings. 80 (3): 361–368.
3. Ebaid M, Azeka E, Ikari NM, Sosa EA, Marcial MB, Atik E. (1999). Ebstein's anomaly with coarctation of the aorta-an unusual association. Arq Bras Cardiol. 73: 219–224.
4. Espinola-Zavaleta N, Hernandez-Pacheco G, Munoz-Castellanos L, Avendano-Perez L, Melendez-Ramirez G. (2017). Ebstein's Anomaly Associated with Left Heart Malformations: Presentation of Two Cases and Review of the Literature. J Clin Exp Cardiol. 8: 515.
5. Mishra AK, Barwad P, Bansal V, Mandal B, Srivastava A, Naganur SH. (2020). Ebstein's anomaly of tricuspid valve with aortic stenosis and coarctation of aorta: Successful single-stage repair of a rare adult congenital heart disease. J Card. Surg: 1–6.
6. Munoz-Castellanos L, Espinola-Zavaleta N, Kuri-Nivon M, Keirns C. (2007, Nov 23). Ebstein's Anomaly: anatomical-echocardiographic correlation. Cardiovasc Ultrasound. 5: 43.
7. Subban V, Lakshmanan A, Kalidoss L, Pandurangi UM, Mullasari AS. (2013). Ebstein's anomaly with severe aortic stenosis and syncope: Implications in management. Sahel Med J. 16: 130–132.

Відомості про авторів:

Мальська Андріана Андріївна — к. мед. н., доцент каф. пропедевтики педіатрії та медичної генетики Львівського НМУ імені Д. Галицького. Адреса: м. Львів, вул. М. Лисенка, 31а; тел. +38 032 2600188. <https://orcid.org/0000-0003-3484-153X>.

Куриляк Ольга Борисівна — к. мед. н., обласний дитячий кардіолог, КНП ЛОР ЛОДКЛ ОХМАТДИТ. Адреса: м. Львів, вул. Лисенка, 31. <https://orcid.org/0000-0002-0441-6236>.

Стаття надійшла до редакції 23.08.2020 р., прийнята до друку 7.12.2020 р.

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.