



УДК 616.125.2

DOI 10.17802/2306-1278-2025-14-3-121-126

ЛЕВОСТОРОННЕЕ ТРЕХПРЕДСЕРДНОЕ СЕРДЦЕ У ВЗРОСЛОГО БОЛЬНОГО: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Е.В. Гордеева^{1,2}, К.В. Карабахчиева², А.М. Намиток^{1,2}, Н.В. Кижватова^{1,2},
Н.В. Чумаченко², Е.К. Донец², Е.Д. Космачева^{1,2}

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. имени Митрофана Седина, 4, Краснодар, Российская Федерация, 350063; ² Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 им. профессора С.В. Очаповского» министерства здравоохранения Краснодарского края, ул. 1 Мая, 167, Краснодар, Российская Федерация, 350086

Основные положения

• Трехпредсердное сердце – врожденный порок, при котором предсердие разделено фиброзно-мышечной мембраной на две камеры. Чаще встречается мембрана левого предсердия, которая может быть ассоциирована с более высокой частотой возникновения фибрилляции предсердий. Частота аномалии составляет менее 0,1% всех врожденных пороков и преимущественно диагностируется в младенческом возрасте. Мы представляем клинический случай левостороннего трехпредсердного сердца у мужчины в возрасте 38 лет.

Резюме

Трехпредсердное сердце – один из наиболее редко встречаемых врожденных пороков сердца, диагностируется и корригируется в младенческом возрасте. Однако при значительной площади фенестрации пациенты могут быть бессимптомными в течение всей жизни. В статье описан случай диагностики и наблюдения данного заболевания у мужчины 38 лет. Порок был диагностирован в возрасте 17 лет, от оперативной коррекции пациент воздержался, клиническая симптоматика в форме пароксизмов фибрилляции предсердий появилась лишь в 30 лет. Пациент наблюдается кардиологами и кардиохирургами, вне пароксизмов фибрилляции предсердий удовлетворительно переносит физическую нагрузку, не имеет признаков застоя в малом круге кровообращения по данным зондирования, продолжает прием антикоагулянтов и антиаритмических препаратов и по-прежнему воздерживается от оперативного лечения. Представленный клинический случай демонстрирует, что редкий врожденный порок сердца может быть причиной фибрилляции предсердий у молодого взрослого, длительно бывшего бессимптомным.

Ключевые слова Врожденный порок сердца • Трехпредсердное сердце • Фибрилляция предсердий

Поступила в редакцию: 12.03.2025; поступила после доработки: 02.04.2025; принята к печати: 30.04.2025

CONGENITAL HEART DISEASE IN ADULTS: COR TRIATRIATUM

Е.В. Gordeeva^{1,2}, К.В. Karabakhtsieva², А.М. Namitkov^{1,2}, Н.В. Khijvatova^{1,2},
Н.В. Chumachenko², Е.К. Donets², Е.Д. Kosmacheva^{1,2}

¹ Kuban State Medical University, 4, Mitrofana Sedina St., Krasnodar, Russian Federation, 350063; ² State Budgetary Healthcare Institution “Research Institution – Regional Clinical Hospital No.1 named after professor S.V. Ochapovsky” of the Ministry of Health of the Krasnodar Territory, 167, 1st May St., Krasnodar, Russian Federation, 350086

Highlights

• Cor triatriatum is a congenital heart disease that occurs when the atrium is divided into two chambers by a fibro-muscular membrane, the left-sided atrial membrane is more common; it can be associated with a higher incidence of atrial fibrillation. The anomaly incidence rate is less than 0.1% of all congenital malformations and it is mainly diagnosed in infancy. We present an clinical case that describe cor triatriatum sinister in a 38-year-old man.

Для корреспонденции: Елена Викторовна Гордеева, duet76@mail.ru, ул. имени Митрофана Седина, 4, Краснодар, Российская Федерация, 350063

Corresponding author: Elena V. Gordeeva, duet76@mail.ru, address: 4, Mitrofana Sedina St., Krasnodar, Russian Federation, 350063

Abstract

The triatrial heart is one of the rarest congenital heart defects, diagnosed and corrected in infancy. However, with a significant area of fenestrations, patients may remain asymptomatic throughout their life. This article describes the case of a 38-year-old man who was diagnosed at the age of 17. He chose not to undergo surgical correction, and clinical symptoms in the form of paroxysms of atrial fibrillation only appeared at age 30. The patient is observed by cardiologists and cardiothoracic surgeons, tolerates physical exertion well outside of the atrial fibrillation paroxysms, shows no signs of congestion in the pulmonary circulation according to catheterization data, continues to take anticoagulant and antiarrhythmic therapy, and still refrains from surgical treatment. The presented clinical case demonstrates that a rare congenital heart defect can be a cause of atrial fibrillation in a young adult who has been asymptomatic for a long time.

Keywords

Atrial fibrillation • Congenital heart disease • Cor triatriatum

Received: 12.03.2025; received in revised form: 02.04.2025; accepted: 30.04.2025

Список сокращений

ЛП	– левое предсердие	СН	– сердечная недостаточность
ЛТПС	– левостороннее трехпредсердное сердце	ТПС	– трехпредсердное сердце
ПТПС	– правостороннее трехпредсердное сердце	ФП	– фибрилляция предсердий

Введение

Трехпредсердное сердце (ТПС) – один из наиболее редко встречаемых врожденных пороков сердечно-сосудистой системы, при котором в предсердии формируется тонкая фиброзно-мышечная мембрана с одним или несколькими отверстиями, разделяющая предсердие на две камеры. Аномалия впервые описана в 1868 г. W. Church, определение порока и название *cor triatriatum* сформулировано Н. Borst в 1905 г. [1]. В зависимости от затронутого предсердия выделяют левосторонний вариант (ЛТПС), составляющий 0,1% всех врожденных пороков сердца, и правосторонний (ПТПС), встречающийся еще реже – в менее 0,01% случаев [2]. При *cor triatriatum sinister* в проксимальную камеру впадают легочные вены, в то время как дистальная камера сообщается с полостью левого желудочка посредством митрального клапана [3]. В настоящее время отсутствуют регламентированные подходы к ведению таких пациентов. Мы представляем клинический случай левостороннего трехпредсердного сердца у взрослого мужчины.

Клинический случай

Мужчина, 38 лет, наблюдается в ГБУЗ «НИИ-ККБ № 1» с 17 лет с врожденным пороком сердца – ЛТПС, от предложенной хирургической коррекции пациент воздерживался. Толерантность к физическим нагрузкам была высокой: занимался спортом, не предъявляя жалоб. В течение 8 лет мужчину беспокоили пароксизмы фибрилляции предсердий (ФП), сопровождавшиеся общей слабостью, болью в грудной клетке. Признаков сердечной недостаточности (СН) при объективном осмотре не зарегистрировано, при этом отмечено снижение фракции выброса левого желудочка по данным трансторакальной эхокардиографии до 37% по Simpson. При поступлении в стационар в связи с одним из таких пароксизмов больному выполнена трансторакальная эхокардиография (рис. 1), подтвердившая наличие ЛТПС: в полости левого предсердия (ЛП) лоцировалась дополнительная гиперэхогенная линейная структура (мембрана) от межпредсердной перегородки к боковой стенке, разделявшая ЛП на два отдела. В мембране определялся

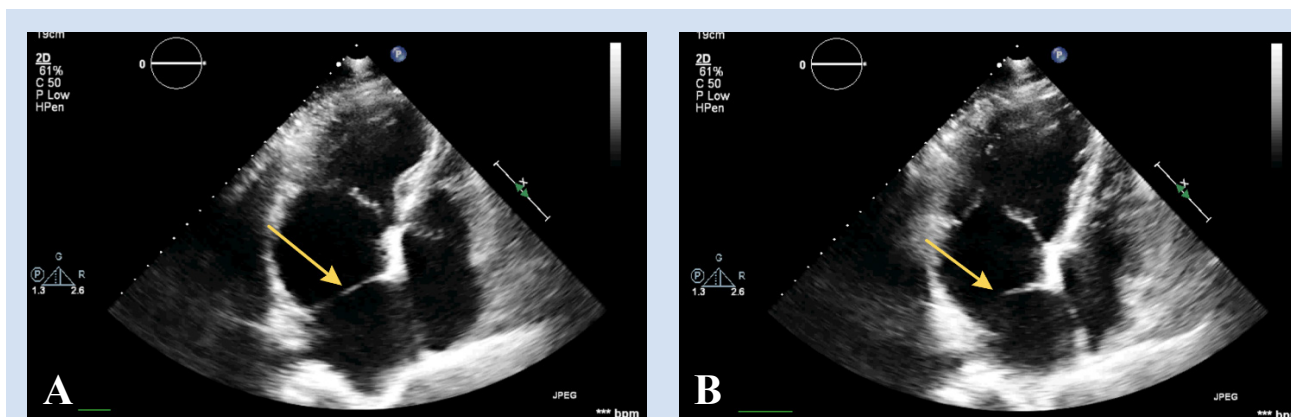


Рисунок 1. Трансторакальная эхокардиография при поступлении (4-камерная апикальная позиция): А – систола левого желудочка; В – диастола левого желудочка. Желтой стрелкой указана внутрисердечная мембрана

Figure 1. TTE performed on presentation: apical 4-chamber view. A – LV systole; B – LV diastole. The yellow arrow indicates an atrial membrane

дефект локации 15 мм с турбулентным диастолическим потоком с максимальным градиентом диастолического давления между отделами предсердия около 11 мм рт. ст. и средним градиентом 6 мм рт. ст. Левые легочные вены впадали в нижний отдел ЛП, правые – в верхнюю часть ЛП. Выявлены эксцентрическая гипертрофия левого желудочка (индексированная масса миокарда левого желудочка – 140 г/м², относительная толщина стенки левого желудочка – 0,28), дилатация обоих предсердий (правое предсердие: 40 × 62 мм, ЛП: 61 × 83 мм), левый желудочек не расширен: отношение конечного диастолического объема к площади поверхности тела – 58,9 мл/м², снижение сократимости миокарда левого желудочка на фоне пароксизма ФП, восстановившаяся после кардиоверсии, умеренная недостаточность аортального, митрального и трикуспидального клапанов, систолическое давление в легочной артерии – 30 мм рт. ст.

Вне пароксизма нарушения ритма электрокардиограмма без изменений (рис. 2). На рентгенограмме органов грудной клетки патологических изменений не выявлено (рис. 3).

Выполнены тест 6-минутной ходьбой (450 м, I функциональный класс), компьютерная томография сердца (рис. 4), коронароангиография (гемодинамически значимых стенозов коронарных арте-

рий не выявлено), зондирование полостей сердца (показатели в пределах нормальных значений: давление (систолическое/диастолическое/среднее) в легочной артерии – 29/9/14, в аорте – 129/84/99, в правом желудочке – 30/2/8 мм рт. ст.

При поступлении в анализы крови отмечены незначительное повышение аланинаминотрансферазы сыворотки до 43,0 мкмоль/л (0–35,0) и креатинфосфокиназы до 497 ед/л (менее 200), нормализовавшиеся за время госпитализации, повышенные показатели липидного профиля (триглицериды – 1,73 ммоль/л, общий холестерин – 6,12 ммоль/л, липопротеины низкой плотности – 4,45 ммоль/л, липопротеины высокой плотности – 0,88 ммоль/л). Значения креатинфосфокиназы-MB, тропонина I, мозгового натрийуретического пептида (NT pro-BNP) (71,20 пг/мл) находились в пределах референсных значений.

На фоне лечения (амиодарон – 600 мг/сут, ривароксабан – 20 мг/сутки, аторвастатин – 40 мг/сутки, спиронолактон – 50 мг/сут) восстановился синусовый ритм, общее самочувствие пациента улучшилось, фракция выброса увеличилась до 55% по Simpson (остальные ЭхоКГ-признаки без значимых изменений).

Обсуждалось оперативное лечение в объеме резекции внутрипредсердной мембраны. От возможной хирургической коррекции порока пациент отказался. Принято решение продолжить наблюдение и консервативное ведение, включающее антикоагулянтную, антиаритмическую терапию. На контрольном осмотре через 6 мес. пациент не предъявлял жалоб, состояние с момента выписки из стационара оставалось стабильным, пароксизмы ФП за все это время не рецидивировали.

Обсуждение

ТПС диагностируется и корригируется преимущественно в младенчестве, однако сообщается о случаях впервые выявленного cor triatriatum как в пренатальном периоде [4, 5], так и у пациентов 70–82 лет [6].

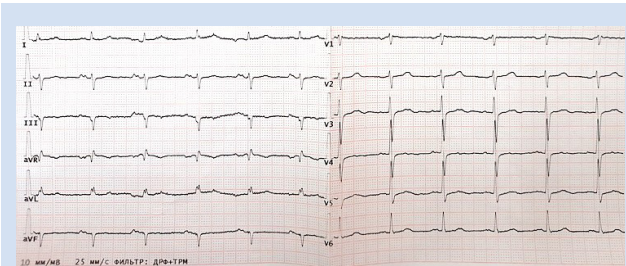


Рисунок 2. Электрокардиограмма. Синусовый ритм с частотой сердечных сокращений 71 уд/мин. Электрическая ось сердца нормально расположена
Figure 2. ECG. Sinus rhythm with HR 71 beats/min. Normal electrical cardiac axis

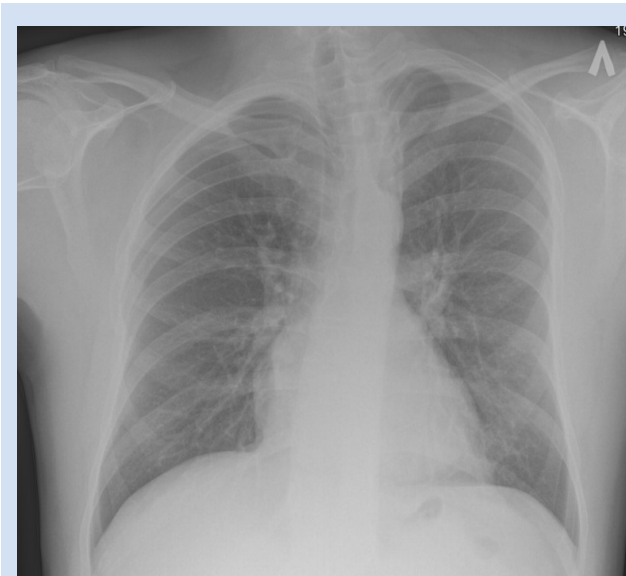


Рисунок 3. Рентгенограмма органов грудной клетки
Figure 3. Chest radiograph



Рисунок 4. Компьютерная томография сердца. Красной стрелкой указана внутрипредсердная мембрана
Figure 4. Heart CT. The red arrow indicates an atrial membrane

СЛУЧАЙ
ИЗ ПРАКТИКИ

Средний возраст выявления ЛТПС среди взрослых составляет 43 года [6]. Степень выраженности клинической картины связана с размером отверстия между добавочной и истинной камерой предсердия. Если препятствие в ЛП оказывается гемодинамически значимым, симптомы застоя в малом круге кровообращения и легочной гипертензии появляются в раннем неонатальном периоде, манифестируя отеком легких. В младенческом возрасте отмечаются задержка роста и физического развития, дыхательные нарушения, кровохарканье, аритмии, тромбоэмболические осложнения. Смертность в отсутствие хирургической коррекции может достигать 75%. Если мембрана не создает значимого препятствия кровотоку, пациенты могут оставаться асимптомными до старческого возраста, однако у них могут развиваться признаки застоя в легких после чрезмерного введения жидкости, ожогов, травм и сепсиса [7]. Беременность и послеродовой период связаны с гипердинамическим кровообращением и могут обусловить симптомы острой декомпенсации СН [8]. ЛТПС связано со значительно более высокими показателями ФП и инсульта, чем ПТПС. Описана ФП у пациентов с частотой 14,65% ЛТПС и 12,5% ПТПС [9].

Электрографические изменения при ЛТПС варьируют от нормы до гипертрофии правого желудочка, отклонения электрической оси сердца вправо и паттерна S1Q3T3, свидетельствующие о легочной артериальной гипертензии. Эхокардиография является методом выбора в диагностике ТПС, позволяет определить точное местоположение дефекта, а также размер камер, дефектов мембраны и наличие у пациента стеноза клапана. Измерения среднего и максимального градиентов трансмембранного давления и максимальной скорости оцениваются с помощью импульсно-волновой доплерографии. На тяжелую обструкцию указывает максимальная доплеровская скорость, превышающая 2 м/с. Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография позволяют получить лучшее пространственное разрешение и многоплоскостные реконструкции изображений для выявления межпредсердной мембраны и турбулентного потока. Катетеризация сердца используется для оценки давления в легочной артерии и легочного сосудистого сопротивления.

В представленном нами случае обращало внимание отсутствие выраженных симптомов СН на фоне синусового ритма (тест 450 м), признаков легочной гипертензии по результатам зондирования полостей сердца и вместе с тем выраженная дилатация левых камер сердца, умеренная недостаточность митрального клапана и рецидивирующие пароксизмы ФП, которые могут рассматриваться в качестве показания к оперативному лечению порока.

Единственным радикальным способом лечения остается резекция внутрипредсердной мембраны. Гемодинамические показания к оперативному лечению

аналогичны таковым при митральном стенозе и определяются степенью создаваемой мембраной обструкции. Впервые оперативное лечение ЛТПС доступом через срединную стернотомию выполнено в 1955 г. J. Lewis. В литературе описан благоприятный прогноз при хирургической коррекции порока [10, 11]. В тех случаях, когда операция не может быть выполнена, методом выбора может стать чрескожная декомпрессия ЛП (перфорация внутрипредсердной мембраны с дальнейшей баллонной дилатацией).

Взрослые пациенты с ЛТПС имеют повышенный риск кардиоэмболических осложнений как при ФП, так и без нее [9, 12], что требует назначения антикоагулянтов. Однако крупных исследований по оценке безопасности и эффективности антитромботической терапии не проводилось. Встречаются описания случаев, демонстрирующих результаты применения тех или иных антикоагулянтов. С учетом предполагаемого сходства гемодинамики при ЛТПС и митральном стенозе высказывается мнение о предпочтительности применения варфарина или низкомолекулярных гепаринов в сравнении с пероральными антикоагулянтами [12]. Помимо профилактики тромбоэмболических осложнений медикаментозная терапия включает контроль артериального давления, частоты сердечных сокращений или ритма при наличии аритмии, лечение явлений СН. В целом консервативное ведение не отличается от такового у пациентов с митральным стенозом.

Описанный нами пациент продолжает наблюдение в ГБУЗ «НИИ-ККБ № 1», в настоящее время предпочитает воздержаться от хирургической коррекции порока. Больному проводятся динамическая оценка клинических симптомов, показателей ЭхоКГ и соответствующая терапия.

Заключение

ТПС остается одним из наиболее редко встречаемых врожденных пороков сердца. Благодаря стремительному техническому совершенствованию методов визуализации в кардиологии диагноз «трехпредсердное сердце» встречается все чаще и может быть причиной симптомов СН, нарушений ритма сердца и кардиоэмболических осложнений. Не существует единых принципов терапии таких больных, однако большинство авторов обсуждают назначение антикоагулянтов по аналогии с рекомендованным лечением пациентов с ФП [9, 12].

Конфликт интересов

Е.В. Гордеева заявляет об отсутствии конфликта интересов. К.В. Карабахчиева заявляет об отсутствии конфликта интересов. А.М. Намитокоев заявляет об отсутствии конфликта интересов. Н.В. Кижватова заявляет об отсутствии конфликта интересов. Н.В. Чумаченко заявляет об отсутствии конфликта интересов. Е.К. Донец заявляет об отсут-

ствии конфликта интересов. Е.Д. Космачева входит в редакционную коллегию журнала «Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний».

Информация об авторах

Гордеева Елена Викторовна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии № 1 федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Краснодар, Российская Федерация; врач-терапевт государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 им. профессора С.В. Очаповского» министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Российская Федерация; **ORCID** 0000-0003-4048-5308

Карабахцьева Карина Витальевна, врач-кардиолог государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 им. профессора С.В. Очаповского» министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Российская Федерация; **ORCID** 0000-0002-1543-2987

Намитокоев Алим Муратович, доцент кафедры терапии № 1 федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Краснодар, Российская Федерация; заведующий кардиологическим отделением № 2 государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 им. профессора С.В. Очаповского» министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Российская Федерация; **ORCID** 0000-0002-5866-506X

Кижевцова Наталья Владимировна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии № 1 федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Краснодар, Российская Федерация; заведующий отделением экспертизы качества государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 им. профессора С.В. Очаповского» министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Российская Федерация; **ORCID** 0000-0003-1477-5061

Чумаченко Наталья Владимировна, кандидат медицинских наук, врач-кардиолог кардиологического отделения № 3 государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 им. профессора С.В. Очаповского» министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Российская Федерация; **ORCID** 0000-0001-5690-2482

Донец Екатерина Константиновна, врач-кардиолог кардиологического отделения № 2 государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 им. профессора С.В. Очаповского» министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Российская Федерация; **ORCID** 0000-0002-5588-0768

Космачева Елена Дмитриевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой терапии № 1 федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Краснодар, Российская Федерация;

Финансирование

Авторы заявляют об отсутствии финансирования исследования.

Author Information Form

Gordeeva Elena V., PhD, Associate Professor at the Department of Therapy No. 1 of the Kuban State Medical University, Krasnodar, Russian Federation; Therapist of State Budgetary Healthcare Institution “Research Institution – Regional Clinical Hospital No.1 named after professor S.V. Ochapovsky” of the Ministry of Health of the Krasnodar Territory, Krasnodar, Russian Federation; **ORCID** 0000-0003-4048-5308

Karabakhitsieva Karina V., cardiologist of the admission department, State Budgetary Healthcare Institution “Research Institution – Regional Clinical Hospital No.1 named after professor S.V. Ochapovsky” of the Ministry of Health of the Krasnodar Territory, Krasnodar, Russian Federation; **ORCID** 0000-0002-1543-2987

Namitokov Alim M., PhD, Associate Professor of the Therapy Department No. 1, Kuban State Medical University, Krasnodar, Russian Federation; Head of Cardiology Department No. 2 for Patients with Myocardial Infarction, State Budgetary Healthcare Institution “Research Institution – Regional Clinical Hospital No.1 named after professor S.V. Ochapovsky” of the Ministry of Health of the Krasnodar Territory, Krasnodar, Russian Federation; **ORCID** 0000-0002-5866-506X

Kijvatova Natalya V., PhD, Associate Professor of the Therapy Department No. 1, Kuban State Medical University, Krasnodar, Russian Federation; Head of Quality Expertise Department, State Budgetary Healthcare Institution “Research Institution – Regional Clinical Hospital No.1 named after professor S.V. Ochapovsky” of the Ministry of Health of the Krasnodar Territory, Krasnodar, Russian Federation; **ORCID** 0000-0003-1477-5061

Chumachenko Natalya V., PhD, Cardiologist of Cardiology Department No. 3, State Budgetary Healthcare Institution “Research Institution – Regional Clinical Hospital No.1 named after professor S.V. Ochapovsky” of the Ministry of Health of the Krasnodar Territory, Krasnodar, Russian Federation; **ORCID** 0000-0001-5690-2482

Donets Ekaterina K., Cardiologist of Cardiology Department No. 2 for Patients with Myocardial Infarction, State Budgetary Healthcare Institution “Research Institution – Regional Clinical Hospital No.1 named after professor S.V. Ochapovsky” of the Ministry of Health of the Krasnodar Territory, Krasnodar, Russian Federation; **ORCID** 0000-0002-5588-0768

Kosmacheva Elena D., DM, PhD, Professor, Head of the Department of Therapy No. 1 of the Institute of Continuous Education of the Kuban State Medical University, Krasnodar, Russian Federation; Deputy Chief Physician for the Medical Department of the State Budgetary Healthcare Institution “Research Institution – Regional Clinical Hospital No.1 named

заместитель главного врача по медицинской части государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 им. профессора С.В. Очаповского» министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Российская Федерация; главный кардиолог ЮФО и Краснодарского края; **ORCID** 0000-0001-8600-0199

after professor S.V. Ochapovsky” of the Ministry of Health of the Krasnodar Territory, Krasnodar, Russian Federation; **ORCID** 0000-0001-5690-2482

Вклад авторов в статью

ГЕВ – вклад в концепцию и дизайн исследования, анализ данных исследования, написание и коррективировка статьи, утверждение окончательной версии для публикации, полная ответственность за содержание

ККВ – вклад в концепцию и дизайн исследования, анализ данных исследования, написание и коррективировка статьи, утверждение окончательной версии для публикации, полная ответственность за содержание

НАМ – вклад в концепцию и дизайн исследования, анализ данных исследования, написание и коррективировка статьи, утверждение окончательной версии для публикации, полная ответственность за содержание

КНВ – вклад в концепцию и дизайн исследования, анализ данных исследования, написание и коррективировка статьи, утверждение окончательной версии для публикации, полная ответственность за содержание

ЧНВ – вклад в концепцию и дизайн исследования, анализ данных исследования, написание и коррективировка статьи, утверждение окончательной версии для публикации, полная ответственность за содержание

ДЕК – вклад в концепцию и дизайн исследования, анализ данных исследования, написание и коррективировка статьи, утверждение окончательной версии для публикации, полная ответственность за содержание

КЕД – вклад в концепцию и дизайн исследования, анализ данных исследования, написание и коррективировка статьи, утверждение окончательной версии для публикации, полная ответственность за содержание

Author Contribution Statement

GEV – contribution to the concept and design of the study, data analysis, manuscript writing, editing, approval of the final version, fully responsible for the content

KKV – contribution to the concept and design of the study, data analysis, manuscript writing, editing, approval of the final version, fully responsible for the content

NAM – contribution to the concept and design of the study, data analysis, manuscript writing, editing, approval of the final version, fully responsible for the content

KNV – contribution to the concept and design of the study, data analysis, manuscript writing, editing, approval of the final version, fully responsible for the content

ChNV – contribution to the concept and design of the study, data analysis, manuscript writing, editing, approval of the final version, fully responsible for the content

DEK – contribution to the concept and design of the study, data analysis, manuscript writing, editing, approval of the final version, fully responsible for the content

KED – contribution to the concept and design of the study, data analysis, manuscript writing, editing, approval of the final version, fully responsible for the content

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Borst H. Ein cor triatriatum. Zentralbl Allg Pathol. 1905;16:812–5.
2. Nassar P.N., Hamdan R.H. Cor Triatriatum Sinistrum: Classification and Imaging Modalities. Eur J Cardiovasc Med. 2011;1(3):84–87. doi: 10.5083/ejcm.20424884.21.
3. Ather B., Meredith A., Siddiqui W.J. Cor Triatriatum. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
4. Marín-García J., Tandon R., Lucas R.V. Jr., Edwards J.E.. Cor triatriatum: study of 20 cases. Am J Cardiol. 1975;35(1):59–66. doi: 10.1016/0002-9149(75)90559-7.
5. Matsubara Y., Inamura N., Takada N., Fujita T. Prenatal diagnosis of cor triatriatum sinister. Ultrasound Obstet Gynecol. 2023; 61: 124–126. doi:10.1002/uog.26099.
6. Rudienė V., Hjortshøj C.M.S., Glaveckaitė S., Zakarkaitė D., Petruilionienė Ž., Gumbienė L., Aidietis A., Søndergaard L. Cor triatriatum sinister diagnosed in the adulthood: a systematic review. Heart. 2019;105(15):1197–1202. doi: 10.1136/heartjnl-2019-314714.
7. Jha A.K., Makhija N. Cor Triatriatum: A Review. Semin Cardiothorac Vasc Anesth. 2017;21(2):178–185. doi: 10.1177/1089253216680495.
8. Karas B.J., Ramirez E., Humbarger C., Yaacoub A. Malignant pulmonary edema in a pregnant woman caused by cor triatriatum. Obstet Gynecol. 2013;122(2 Pt 2):505–507. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182955b99.
9. Ullah W., Sattar Y., Rauf H., Roomi S., Shah M.I. A Systematic Review of a Long-forgotten Cause of Atrial Fibrillation and Stroke: Cor Triatriatum. Cureus. 2019;11(12):e6371. doi: 10.7759/cureus.6371.
10. Saxena P., Burkhart H.M., Schaff H.V., Daly R., Joyce L.D., Dearani J.A. Surgical repair of cor triatriatum sinister: the Mayo Clinic 50-year experience. Ann Thorac Surg. 2014;97(5):1659–63. doi: 10.1016/j.athoracsur.2013.12.046.
11. Yaroglu Kazanci S., Emani S., McElhinney D.B. Outcome after repair of cor triatriatum. Am J Cardiol. 2012;109(3):412–6. doi: 10.1016/j.amjcard.2011.09.029.
12. Zaw H.H. Cor Triatriatum and Recurrent Thromboembolic Stroke. Eur J Case Rep Intern Med. 2022;9(12):003668. doi: 10.12890/2022_003668.

Для цитирования: Гордеева Е.В., Карабахцьева К.В., Намитокоев А.М., Кижватова Н.В., Чумаченко Н.В., Донец Е.К., Космачева Е.Д. Левостороннее трехпредсердное сердце у взрослого больного: клинический случай. Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2025;14(3): 121–126. DOI: 10.17802/2306-1278-2025-14-3-121-126

To cite: Gordeeva E.V., Karabakhstseva K.V., Namitokov A.M., Khijvatova N.V., Chumachenko N.V., Donetsk E.K., Kosmacheva E.D. Congenital heart disease in adults: cor triatriatum. Complex Issues of Cardiovascular Diseases. 2025;14(3): 121–126. DOI: 10.17802/2306-1278-2025-14-3-121-126