SVEIKATOS MOKSLAI /
HEALTH SCIENCES IN EASTERN EUROPE
ISSN 1392-6373 print / 2335-867X online
2026, 36 tomas, Nr.7, p. 79-82
DOI: https://doi.org/10.35988/sm-hs.2026.289

SUNKIOS OBSTRUKCINĖS HIPERTROFINĖS KARDIOMIOPATIJOS KARDIOLOGINĖ PRIEŽIŪRA NĖŠTUMO METU. KLINIKINIS ATVEJIS

Matas Streckis[1], Lukas Brazauskas[1], Eglė Ereminienė[2,3]
[1]Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos fakultetas,
[2]Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Širdies centras,
[3]Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Kardiologijos institutas

Raktažodžiai: hipertrofinė obstrukcinė kardiomiopatija, beta blokatorių terapija, daugiadalykė komanda, nėštumas.

Santrauka

Įvadas. Hipertrofinė kardiomiopatija (HKM) yra dažniausia genetinė miokardo liga, susijusi su sarkomerinių baltymų genų mutacijomis ir galinti sukelti dinaminę kairiojo skilvelio nutekamojo trakto (KSNT) obstrukciją. Nors dauguma moterų, sergančių HKM, nėštumą toleruoja gerai, reikšminga obstrukcija, simptomai iki pastojimo ir aritmijos anamnezėje didina nėščiosios komplikacijų riziką, ypač esant labai didelei modifikuotai Pasaulio sveikatos organizacijos (mPSO) rizikos klasei.

Klinikinis atvejis. 29 metų moteriai, kuriai genetiškai patvirtinta MYH7 geno mutacijos sukelta šeiminė obstrukcinė hipertrofinė kardiomiopatija (OHKM), iki nėštumo echoskopiškai ramybės metu buvo nustatytas 30 mmHg KSNT gradientas (58 mmHg su Valsalvos mėginiu), padidėję širdies biožymenų rodmenys ir sumažėjęs fizinis pajėgumas. Apskaičiuota 5 metų staigios širdinės mirties (SŠM) rizika buvo 7,93 proc., tad pirminei prevencijai implantuotas kardioverteris-defibriliatorius (IKD). Pacientei paaiškinta nėštumo rizika, siūlyta atlikti tarpskilvelinės pertvaros redukciją, bet pacientė atsisakė. Pakartotinai kreipėsi nėštumo metu. Stebėsenos metu blogėjo fizinio krūvio tolerancija, didėjo dusulys, reikšmingai padidėjo KSNT obstrukcija: 34 nėštumo savaitę − 74 mmHg ramybės metu ir > 100 mmHg su Valsalvos mėginiu. Skirta didesnė metoprololio sukcinato dozė – 47,5 mg du kartus per dieną. Aptarus daugiadalykiniame konsiliume, 37 nėštumo savaitę atlikta planinė cezario pjūvio operacija taikant bendrąją nejautrą, esant stabiliai nėščiosios hemodinaminei būklei. Gimė sveika naujagimė.

Aptarimas. Nėštumo rizika sergant OHKM pirmiausia priklauso nuo simptomų, reikšmingos KSNT obstrukcijos ir aritmijų anamnezės [5, 6]. Trečiąjį nėštumo trimestrą hemodinaminiai pokyčiai gali sustiprinti dinaminę obstrukciją, todėl būtinas struktūruotas rizikos vertinimas, beta blokatorių dozės optimizavimas ir daugiadalykis nėštumo ir gimdymo planavimas [5]. Šis atvejis rodo, kad net esant IV mPSO rizikos klasei, kai nėštumas kontraindikuotinas, tinkamai valdant situaciją galima pasiekti palankią baigtį.

Išvados. Nėštumas sergant OHKM galimas, tačiau rizika priklauso nuo simptomų ir KSNT obstrukcijos dydžio. Tinkamas SŠM rizikos įvertinimas, beta blokatorių optimizavimas ir daugiadalykės komandos koordinavimas tretiniame specializuotame centre leidžia pasiekti palankią baigtį net esant labai didelės rizikos nėštumui.

Įvadas

Hipertrofinė kardiomiopatija (HKM) yra dažniausia genetinė miokardo liga, kurios paplitimas bendrojoje populiacijoje siekia 1:200–1:500 atvejų ir kuri dažniausiai susijusi su sarkomerinių baltymų genų mutacijomis, įskaitant MYH7 [1−3]. Daliai pacientų išsivysto dinaminė KSNT obstrukcija, nulemta asimetrinės pertvaros hipertrofijos ir sistolinio priekinio mitralinio vožtuvo lapelio judesio [1, 4]. Nėštumo metu širdies minutinio tūrio padidėjimas, tachikardija ir sumažėjęs sisteminis kraujagyslių pasipriešinimas gali sustiprinti dinaminę obstrukciją ir pabloginti hemodinamiką, ypač esant sunkiai obstrukcinei formai [5]. Nors dauguma moterų, sergančių HKM, nėštumą toleruoja gerai, reikšminga KSNT obstrukcija (≥ 50 mmHg), simptomai iki pastojimo ir aritmijų anamnezė yra siejami su padidėjusia nėščiosios komplikacijų rizika [6]. Esant sunkiai simptominei obstrukcinei formai, pacientės priskiriamos mPSO IV rizikos

Adresas susirašinėti: Matas Streckis, el. p. matastre0506@kmu.lt

klasei, todėl būtinas individualizuotas rizikos valdymas ir daugiadalykės komandos priežiūra specializuotame centre [5]. Nors HKM nėštumo metu paprastai nesukelia reikšmingo pavojaus, esant ryškiai KSNT obstrukcijai ir atsisakius chirurginio gydymo iki pastojimo, nėštumas turėtų būti atidėtas dėl didelės komplikacijų ir nepalankios baigties tikimybės.

Tyrimo tikslas − išanalizuoti labai didelės rizikos nėštumo eigą pacientei, sergančiai genetiškai patvirtinta šeimine obstrukcine hipertrofine kardiomiopatija, įvertinant ligos hemodinaminę eigą, beta blokatorių dozės optimizavimą, staigios širdinės mirties riziką ir daugiadalykės komandos sprendimų priėmimo procesą pacientei atsisakius pertvaros redukcinės terapijos, bei aptarti taikytas valdymo strategijas ir klinikines baigtis, remiantis šiuolaikiniais įrodymais ir Europos kardiologų draugijos (ESC) rekomendacijomis.

Klinikinis atvejis

29 m. pacientė, serganti šeimine obstrukcine HOKM (prieš devynerius metus nustatyta MYH7 geno mutacija), buvo konsultuota kardiologų prieš planuojamą nėštumą; buvo vertinta galima su šia būkle susijusi rizika.

Prieš nėštumą. Pacientė stebėta LSMU Kardiologijos klinikoje, nustačius šeiminę HOKM. Broliui dėl KSNT obstrukcijos atlikta chirurginė tarpskilvelinės pertvaros rezekcija. Pacientei, apskaičiavus 5 metų SŠM riziką − 7,93 proc., implantuotas IKD pirminei staigios mirties prevencijai. Ambulatorinio apsilankymo metu pacientė skundėsi epizodiniu dusuliu, ypač nakties metu, ir širdies permušimais. Nustatyta NYHA funkcinė klasė II, padidėję širdies biožymenų rodikliai: didelio jautrumo troponinas I – 55,1 ng/l, BNP – 247,1 ng/l. Atlikta echokardiografija parodė asimetrinę pertvaros hipertrofiją (didžiausias storis − 25−30 mm) ir dinaminę KSNT obstrukciją, ramybės metu siekiančią 30 mmHg ir 58 mmHg atliekant Valsalvos mėginį. Holterio monitoravimo metu buvo dokumentuotas sinusinis ritmas su priešširdinėmis ekstrasistolėmis ir monomorfinėmis skilvelių ektopijomis. Funkcinis pajėgumas buvo mažas, o vertinimas spiroergometrija buvo neišsamus dėl submaksimalaus širdies susitraukimų dažnio atsako ir matomų į išemiją panašių ST segmento pokyčių. Medikamentiniam gydymui nereguliariai vartojo metoprololio sukcinato 25 mg du kartus per dieną ir magnio preparatų. Pacientei paaiškinta ir rekomenduota prieš nėštumą atlikti chirurginę širdies pertvaros redukcinę terapiją dėl reikšmingos obstrukcijos ir simptomų, tačiau pacientė atsisakė šios procedūros. Pacientė buvo priskirta mPSO IV rizikos klasei, tad buvo rekomenduota susilaikyti nuo nėštumo, tačiau pacientė nepaisė rekomendacijų.

Nėštumo metu. Prasidėjus trečiajam nėštumo trimestrui, pacientė skundėsi prastėjančia funkcine tolerancija ir stiprėjančiu naktiniu dusuliu. Ginekologas pacientę atsiuntė planinei kardiologo konsultacijai, siekiant įvertinti nėštumo riziką ir galimas baigtis. Pacientei atlikta echokardiografija parodė žymų obstrukcijos progresavimą: 34 nėštumo savaitę ramybės metu KSNT gradientas siekė 74 mmHg, o atliekant Valsalvos mėginį − >100 mmHg, kairiojo skilvelio išstūmio frakcija liko išsaugota. Biožymenų rodikliai reikšmingai didėjo (didelio jautrumo troponinas I – 159,8 ng/l, BNP – 254,2 ng/l). Metoprololio sukcinato dozė padidinta iki 47,5 mg du kartus per dieną, rekomenduota susilaikyti nuo intensyvios fizinės veiklos.

Gimdymo planavimas. Daugiadalykės širdies ir nėštumo komandos, kurią sudarė kardiologas, akušeris-ginekologas, anesteziologas ir elektrofiziologas, konsiliumo metu aptarta nėštumo rizika, vaisiaus vystymasis, tolesnė nėštumo priežiūra ir gimdymo data. Rekomenduota planinė cezario pjūvio operacija tretinio lygio centre su perioperaciniu IKD valdymu (laikina IKD deaktyvacija magnetu), griežtai stebėti hemodinamiką, vengti vazodilatacinės hipotenzijos ir tachikardijos, tęsiant gydymą beta blokatoriais. Cezario pjūvio operacija atlikta 37 nėštumo savaitę taikant bendrąją nejautrą ir esant stabiliai hemodinaminei nėščiosios būklei. Gimė sveika naujagimė. Pogimdyminiu laikotarpiu komplikacijų nebuvo, tad pacientė buvo išrašyta, suteikus informaciją apie tolesnę kardiologinę priežiūrą.

Diskusija

Nėštumas sukuria fiziologinių pokyčių visumą, galinčią destabilizuoti dinaminę obstrukciją ir hemodinamiką pacientėms, sergančioms OHKM [1, 5]. Nors HKM paplitimas daugelio šaltinių pateikiamas kaip 1:500, manoma, kad paplitimas yra didesnis, tik ne visi atvejai yra diagnozuojami [2, 3]. Korėjos nacionalinės kohortos tyrimas parodė, kad nėštumo metu HKM turinčios moterys patiria kardiovaskulinių įvykių (hospitalizaciją dėl ŠN, priešširdžių virpėjimo ar skilvelių tachikardijos), tačiau nėščiųjų mirčių nebuvo, o tai parodo, jog didėja ligotumo, bet ne mirštamumo rizika [7]. HKM yra dažniausia monogeninė širdies liga, pasireiškianti visose amžiaus grupėse, su ryškia klinikine variacija, lemiančia individualią nėštumo riziką [3]. Vertinant nėštumą OHKM sergančioms pacientėms, svarbu: 1) hemodinamika ir jos pokytis, 2) SŠM ir aritmijų rizika, 3) širdies nepakankamumo (ŠN) progresavimas, 4) peripartinio laikotarpio planavimas daugiadalykėje komandoje [5].

Dauguma HKM sergančių moterų nėštumą toleruoja, tačiau komplikacijų rizikai įvertinti peripartiniu laikotarpiu reikia remtis simptomatika, obstrukcijos laipsniu (ramybės ir Valsalvos mėginio KSNT gradientas), kairiojo skilvelio sistoline funkcija ir aritmijų anamneze, nes šie kintamieji prognozuoja komplikacijas [5, 6, 8]. 2025 m. ESC nėštumo gairės rekomenduoja moterims, sergančioms reikšminga

širdies liga, taikyti mPSO rizikos klasifikaciją ir planuoti priežiūrą, dalyvaujant daugiadalykei komandai tretinio lygio centre, kai rizika yra labai didelė (mPSO IV) [5]. Šiuo atveju, vadovaujantis gairėmis, pacientė priskirta mPSO IV rizikos klasei dėl HKM su sunkia KSNT obstrukcija.2023 m. ESC kardiomiopatijų gairės susistemina HKM sergančiųjų SŠM rizikos vertinimą ir pirminės prevencijos IKD indikacijas, pabrėždamos individualizuotą sprendimą pagal rizikos profilį [4]. Mūsų pacientei apskaičiuota 5 metų SŠM rizika (7,93 %) atitiko pirminės prevencijos IKD implantavimo indikaciją prieš nėštumą. Jungtinės Karalystės poziciniame dokumente apie IKD nėštumo metu apibrėžiamas aiškus peripartinis planas: elektrochirurgijos sąveika su IKD prevencija, naudojant magnetinę deaktyvaciją; tokia strategija ir buvo pritaikyta šiame atvejyje aprašytai pacientei [9].

ŠN šiai pacientei progresavo visą nėštumo laikotarpį: stiprėjo dusulys, blogėjo fizinis pajėgumas, didėjo širdies biožymenų reikšmės, tačiau kairiojo skilvelio sistolinė funkcija išliko gera. Nėštumo metu širdies minutinio tūrio padidėjimas, sisteminio kraujagyslių pasipriešinimo mažėjimas ir tachikardija didina dinaminę KSNT obstrukciją, todėl progresuoja ŠN [5]. JACC Case Reports atvejyje akcentuojama, kad KSNT gradientas > 50 mmHg nėštumo metu reikalauja atitinkamo hemodinaminio valdymo bei koordinuotos komandos taktikos [10]. Mūsų pacientei trečiąjį trimestrą fiksuotas ramybės KSNT gradiento pokytis iki 74 mmHg ir > 100 mmHg su Valsalvos mėginiu; ŠN simptomų progresavimas atitiko literatūroje aprašomą fiziologiją.

Beta blokatoriai yra pagrindiniai vaistai sergant OHKM nėštumo metu, nes jie mažina širdies susitraukimų dažnį, gerina diastolinį prisipildymą ir gali mažinti KSNT gradientą [5]. Mūsų pacientei metoprololio sukcinato dozės didinimas iki 47,5 mg 2 k./d. buvo pagrįstas atsižvelgiant į progresuojančią obstrukciją ir klinikinį blogėjimą. Naujos kartos specifinis OHKM vaistas – selektyvus miozino inhibitorius mavakamtenas yra veiksmingas simptominei obstrukcijai mažinti, tačiau nėštumo metu jis netinkamas dėl duomenų stokos ir galimo teratogeninio poveikio vaisiui, todėl praktikoje nėščiosioms jis neskiriamas [5].

Pertvaros redukcija turi būti aptariama planuojant nėštumą kaip gydymo galimybė. 2024 m. AHA / ACC HCM gairės taip pat pabrėžia, kad patyrusiuose centruose atliekama pertvaros redukcinė terapija yra veiksmingas būdas sumažinti simptomus ir obstrukciją pacientėms, kurioms išlieka reikšmingas KSNT gradientas [11]. Prieš nėštumą neatlikta pertvaros redukcija galėjo padidinti hemodinaminės destabilizacijos ir intensyvesnės stebėsenos poreikio riziką. Prieš nėštumą atlikta obstrukcijos operacija, tikėtina, galėjo lemti žemesnę mPSO rizikos klasę ir mažesnį intensyvaus stebėjimo poreikį. Visgi pertvaros storis nėra vienintelis veiksnys, lemiantis nėštumo riziką, kadangi svarbūs ir pacientės simptomai, ir aritmijų pavojus.

Ryškiausi hemodinaminiai pokyčiai pasireiškia trečiąjį nėštumo trimestrą ir gimdymo metu, kai kraujo netekimas, skausmo ar streso sukelta tachikardija bei dėl anestezijos atsirandantys sisteminio kraujagyslių pasipriešinimo pokyčiai gali didinti slėgio gradientą ir sukelti dekompensaciją [5, 10, 12]. 2025 m. ESC nėštumo gairės pabrėžia planuotą gimdymo taktiką didelės rizikos HKM pacientėms, kurių KSNT gradientas ≥ 50 mmHg [5]. Atsižvelgiant į ryškią obstrukciją ir mažą fizinį pajėgumą, šiuo atveju pacientė, daugiadalykei komandai nusprendus, gimdė atliekant cezario pjūvį ir taikant bendąją nejautrą.2024 m. publikuotas sunkios OHKM atvejis parodė, kad palanki nėštumo baigtis įmanoma net ir esant labai didelei rizikai, tačiau tam reikia intensyvios daugiadalykės priežiūros, hemodinamikos kontrolės ir aiškaus gimdymo plano [13]. Naujesni mPSO IV klasės duomenys rodo, kad net specializuotuose centruose šioms pacientėms išlieka labai didelė nėščiosios ir naujagimio komplikacijų rizika [14].

Šis atvejis atitinka pasaulinės literatūros duomenis: pacientėms, patiriančioms simptomus ir turinčioms sunkią KSNT obstrukciją, yra labai didelė nepageidaujamos baigties rizika, tačiau ESC gairių laikymasis, nuolatinis obstrukcijos stebėjimas, tinkama beta blokatorių terapija ir daugiadalykės komandos priežiūra tretiniame centre leidžia pasiekti palankias baigtis.

Išvados

1. Nėštumo rizika sergant obstrukcine hipertrofine kardiomiopatija priklauso nuo simptomų, KSNT obstrukcijos, skilvelio funkcijos ir aritmijų anamnezės. Esant mPSO IV klasei, nėštumas laikomas labai didelės rizikos nėštumu ir nerekomenduojamas.

2. Reikšminga ir progresuojanti KSNT obstrukcija, ypač trečiąjį trimestrą, yra pagrindinis hemodinaminės dekompensacijos ir nėščiosios komplikacijų rizikos veiksnys.

3. Staigios širdinės mirties rizikos įvertinimas ir IKD implantavimas turi būti atlikti prieš planuojant nėštumą.

4. Beta blokatorių dozės optimizavimas ir nuolatinis hemodinamikos stebėjimas yra svarbiausi konservatyvaus gydymo aspektai nėštumo metu.

5. Daugiadalykis planavimas ir gimdymas tretiniame centre leidžia pasiekti palankias nėščiosios ir naujagimio baigtis net esant aukštos rizikos (mPSO IV) klasei.

Literatūra

1. Maron BJ, Desai MY, Nishimura RA, et al. Diagnosis and Evaluation of Hypertrophic Cardiomyopathy: JACC State-of-the-Art Review. J Am Coll Cardiol 2022;79(4):372-389. https://doi.

org/10.1016/j.jacc.2021.12.002
2. Massera D, Sherrid MV, Maron MS, Rowin EJ, Maron BJ. How common is hypertrophic cardiomyopathy… really?: Disease prevalence revisited 27 years after CARDIA. International Journal of Cardiology 2023; 382:64-67.
https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2023.04.005
3. Braunwald E. Hypertrophic Cardiomyopathy. N Engl J Med 2025;393:1004-1015.
https://doi.org/10.1056/NEJMra2413445
4. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiomyopathies. European Heart Journal 2023;44:3503-3626.
https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad194
5. 2025 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease and pregnancy. European Heart Journal 2025;46:4462-4568.
https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf193
6. Güner A, Candan Ö, et al. Cardiovascular evaluation of pregnant women with hypertrophic cardiomyopathy. Herz 2023; 48:141-151.
https://doi.org/10.1007/s00059-022-05108-8
7. Choi WY, Park K-T, et al. Pregnancy related complications in women with hypertrophic cardiomyopathy: a nationwide population-based cohort study. BMC Cardiovascular Disorders 2024;24:268.
https://doi.org/10.1186/s12872-024-03812-3
8. Moolla M, Mathew A, et al. Outcomes of pregnancy in women with hypertrophic cardiomyopathy: A systematic review. International Journal of Cardiology. 2022; 359:54-60.
https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2022.04.034
9. Castleman J, Curtis S, et al. Cardiac implantable electronic devices in pregnancy: A position statement. BJOG 2024.
https://doi.org/10.1111/1471-0528.17918
10. Bhave A, Mohan G, et al. Multidisciplinary Approach to Management of Hypertrophic Cardiomyopathy With Severe Left Ventricular Outflow Obstruction in Pregnancy. JACC: Case Reports. 2023.
https://doi.org/10.1016/j.jaccas.2023.102057
11. Ommen SR, Ho CY, Asif IM, et al. 2024 AHA/ACC/AMSSM/HRS/PACES/SCMR Guideline for the Management of Hypertrophic Cardiomyopathy: A Report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation 2024;149(23):e1239-e1311.
https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001250
12. Arnolds DE, Dean C, et al. Cardiac Disease in Pregnancy: Hypertrophic Obstructive Cardiomyopathy and Pulmonic Stenosis. J Cardiothorac Vasc Anesth 2021;35(12):3806-3818.
https://doi.org/10.1053/j.jvca.2021.03.033
13. Dhandapani KS, Manimaran A, Fathima H. Pregnancy with severe hypertrophic obstructive cardiomyopathy fighting against all odds: a case report. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol 2024;13(5):1312-1315.
https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20241088
14. Nashat H, Masding A, Krishnathasan K, Guglielmi G, Ferrara L, Swan L, Alexander D, Price S, Pires A, Patel R, Price LC, Wort SJ, Wander G, Steer P, Gatzoulis M, Dimopoulos K, Johnson M, Rafiq I. Pregnancy outcomes in women with the highest cardiovascular risk (mWHO class IV): a single-centre study. Int J Cardiol 2025; 441:133774.
https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2025.133774

CARDIOLOGICAL CARE OF SEVERE OBSTRUCTIVE HYPERTROPHIC CARDIOMYOPATHY DURING PREGNANCY. CLINICAL CASE

M. Streckis, L. Brazauskas, E. Ereminienė

Keywords: obstructive hypertrophic cardiomyopathy, β-blocker therapy, multidisciplinary team, pregnancy.

Summary

Introduction. Hypertrophic cardiomyopathy (HCM) is the most common genetic myocardial disease, associated with mutations in sarcomere protein genes and capable of causing dynamic left ventricular outflow tract (LVOT) obstruction. Although most women with HCM tolerate pregnancy well, significant obstruction, symptoms before conception, and a history of arrhythmias increase the risk of complications during pregnancy, particularly in the presence of a very high modified World Health Organization (mWHO) risk class.

Clinical case. A 29-year-old woman with genetically confirmed familial obstructive hypertrophic cardiomyopathy (OHCM) caused by an MYH7 gene mutation had an echocardiographically determined LVOT gradient of 30 mmHg at rest (58 mmHg with the Valsalva manoeuvre) before pregnancy, elevated cardiac biomarker levels, and reduced exercise capacity. The calculated 5-year risk of sudden cardiac death (SCD) was 7.93%, therefore an implantable cardioverter-defibrillator (ICD) was implanted for primary prevention. The patient was informed about the risks of pregnancy and septal reduction therapy was recommended, but she declined. She presented again during pregnancy. During follow-up, exercise tolerance worsened, dyspnoea increased, and LVOT obstruction increased significantly: at 34 weeks of pregnancy, it reached 74 mmHg at rest and >100 mmHg with the Valsalva manoeuvre. A higher dose of metoprolol succinate was prescribed – 47.5 mg twice daily. After discussion in a multidisciplinary team meeting, a planned caesarean section under general anaesthesia was performed at 37 weeks of pregnancy with stable maternal hemodynamic status. A healthy newborn girl was delivered.

Discussion. The risk of pregnancy in patients with OHCM primarily depends on symptoms, significant LVOT obstruction, and a history of arrhythmias [5, 6]. In the third trimester, hemodynamic changes may exacerbate dynamic obstruction. Therefore, structured risk assessment, optimization of *β*-blocker therapy, and multidisciplinary planning of pregnancy and delivery are required [5]. This case demonstrates that even in the presence of mWHO risk class IV – when pregnancy is contraindicated – a favourable outcome can be achieved with appropriate management.

Conclusions. Pregnancy in patients with OHCM is possible, however, the risk depends on symptoms and the degree of LVOT obstruction. Appropriate SCD risk assessment, optimization of *β*-blocker therapy, and coordination by a multidisciplinary team in a tertiary specialized centre allow favourable outcomes even in very high-risk pregnancies.

Correspondence to: matastre0506@kmu.lt

Gauta 2026-03-15