



## СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ АНАТОМИИ БОЛЬШОГО СЕДАЛИЩНОГО ОТВЕРСТИЯ

Васильев Р.С., Путалова И.Н., Девятириков Д.А., Сусло А.П., Гольфман Е.Ю.

Омский государственный медицинский университет, Омск, Россия, e-mail: [vas1lev.anatomy@gmail.com](mailto:vas1lev.anatomy@gmail.com)

### Резюме

**Актуальность.** Большое седалищное отверстие является зоной практического интереса широкого круга специалистов в связи с большим количеством проходящих через него нервных стволов, которые могут быть подвержены компрессии в данном месте или повреждены при инвазивных медицинских манипуляциях.

**Цель исследования:** провести анализ источников литературы по анатомии большого седалищного отверстия и связанных с ним анатомических структур для выявления недостаточно освещенных вопросов.

**Материалы и методы.** Проведен поиск публикаций в электронных базах данных PubMed, Scopus, Web of Science, eLibrary, а также анализ монографий, имеющихся в фондах научных медицинских библиотек. Критерии включения: публикации на русском и английском языках, содержащие оригинальные данные по анатомии большого седалищного отверстия, грушевидной мышцы, седалищного нерва и тазовых костей. Временной диапазон поиска – 1937–2024 гг.

**Результаты.** Анализ литературы показал, что наиболее изученной структурой большого седалищного отверстия является грушевидная мышца. Предложены различные классификации данной мышцы, учитывающие места её крепления на крестце, длину образующих её брюшков, положение седалищного нерва относительно этой мышцы. Приведённые данные демонстрируют, что вопрос о влиянии морфологии данной мышцы на развитие синдрома грушевидной мышцы остаётся дискуссионным и нерешённым. В то же время костные структуры, формирующие края седалищного отверстия, изучены недостаточно. Большая седалищная вырезка тазовой кости имеет выраженные половые различия в размерах и форме, однако её влияние на параметры отверстия в целом не освещено в литературе.

**Заключение.** Существует необходимость определения размеров и формы большого седалищного отверстия в соотношении с размерами грушевидной мышцы с учётом индивидуальных особенностей организма (пол, возраст, антропометрические и этнические параметры).

**Ключевые слова** большое седалищное отверстие, вариантная анатомия.

**Для цитирования** Васильев Р.С., Путалова И.Н., Девятириков Д.А., Сусло А.П., Гольфман Е.Ю. Современные представления об анатомии большого седалищного отверстия. *Морфологические ведомости.* 2025;33(4):932. [https://doi.org/10.20340/mv-mn.2025.33\(4\).932](https://doi.org/10.20340/mv-mn.2025.33(4).932)

Статья поступила в редакцию 06 февраля 2025

Статья принята к публикации 15 декабря 2025

## MODERN CONCEPTS OF THE ANATOMY OF THE GREATER SCIATIC FORAMEN

Vasil'ev RS, Putalova IN, Devyatirikov DA, Suslo AP, Gol'fman EYu

Omsk State Medical University, Omsk, Russia, e-mail: vas1lev.anatomy@gmail.com

### Summary

**Objective:** to demonstrate the existence of various morphological variants of neurovascular relationships in **Background.** The greater sciatic foramen is a region of practical interest to a wide range of specialists due to the numerous nerve trunks that pass through it, which may be subjected to compression in this area or be damaged during invasive medical procedures.

**Aim.** To analyze the sources of literature on the anatomy of the greater sciatic foramen and its related anatomical structures to identify underexplored issues.

**Materials and Methods.** A literature search was conducted in electronic databases (PubMed, Scopus, Web of Science, eLibrary) and monographs available in scientific medical libraries. Inclusion criteria: publications in Russian and English containing original data on the anatomy of the greater sciatic foramen, piriformis muscle, sciatic nerve, and pelvic bones. Search period – 1937–2024.

**Results.** The literature analysis showed that the most studied structure of the greater sciatic foramen is the piriformis muscle. Various classifications of this muscle have been proposed, taking into account the sites of its attachment to the sacrum, the length of its muscle bellies, and the position of the sciatic nerve relative to this muscle. The data presented demonstrate that the question of the influence of the morphology of this muscle on the development of piriformis syndrome remains a topic of discussion and is unresolved. At the same time, the bony structures forming the edges of the sciatic foramen are insufficiently studied. The greater sciatic notch of the pelvic bone shows pronounced sexual dimorphism in size and shape; however, its influence on the parameters of the foramen as a whole is not covered in the literature.

**Conclusion.** There is a need to determine the sizes and shapes of the greater sciatic foramen in relation to the sizes of the piriformis muscle, taking into account individual characteristics of the body (sex, age, anthropometric and ethnic parameters).

### Keywords

greater sciatic foramen, variant anatomy.

### For the citation

Vasil'ev RS, Putalova IN, Devyatirikov DA, Suslo AP, Gol'fman EYu. Modern concepts of the anatomy of the greater sciatic foramen. *Morfologicheskie Vedomosti – Morphological newsletter.* 2025;33(4):932. [https://doi.org/10.20340/mv-mn.2025.33\(4\).932](https://doi.org/10.20340/mv-mn.2025.33(4).932)

Article received 06 February 2025

Article accepted 15 December 2025

## ВВЕДЕНИЕ

Большое седалищное отверстие (*foramen ischiadicum majus*, далее – БСО) представляет собой важную анатомическую область тела человека в связи с большим количеством проходящих через него мышечных, сосудистых и нервных структур. Данное парное отверстие располагается на задней поверхности полости таза, сверху и спереди оно ограничено большой седалищной вырезкой тазовой кости, снизу – крестцово-остистой связкой, сзади – передней поверхностью крестца. Большая часть данного отверстия заполнена грушевидной мышцей, начинающейся от передней поверхности крестца и прикрепляющейся к большому вертелу бедренной кости. Свободные от мышцы щелевидные промежутки – надгрушевидное и подгрушевидное отверстия (*foramen suprapiriforme* и *foramen infrapiriforme*) – служат местом выхода сосудисто-нервных пучков таза и нижней конечности. В надгрушевидном отверстии находятся верхние ягодичные сосуды и нерв, в подгрушевидном – се-

далищный нерв, задний кожный нерв бедра, нижние ягодичные сосуды и нерв, внутренние половые сосуды и половой нерв. Образования, участвующие в формировании БСО и проходящие через него, обладают большой вариабельностью, знание которой важно с нескольких позиций. Во-первых, в подгрушевидном отверстии грушевидная мышца способна сдавливать седалищный нерв; это состояние рассматривается как «синдром грушевидной мышцы». Данный синдром составляет 6% от всех причин компрессии седалищного нерва, однако, несмотря на низкую распространённость, он представляет значительную диагностическую проблему, а знания об анатомических условиях его возникновения до сих пор противоречивы и скудны [1–3]. Кроме того, существуют сведения, что особенности строения грушевидной мышцы могут приводить к возникновению тазовой боли, половой невралгии и дисфункции тазовых органов за счёт компрессии дополнительных нервных структур [4–5].

Во-вторых, осведомлённость о различных вариантах строения БСО важна в связи с большим количеством инвазивных медицинских процедур, выполняемых в ягодичной области. В частности, знание строения данной области имеет решающее значение при выполнении тотального эндопротезирования тазобедренного сустава, особенно с помощью заднего доступа, блокад седалищного нерва или инъекций в грушевидную мышцу [6–10].

### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести анализ источников литературы по анатомии большого седалищного отверстия и связанных с ним анатомических структур для выявления недостаточно освещённых вопросов.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведён поиск публикаций в электронных базах данных PubMed, Scopus, Web of Science, eLibrary по ключевым словам: «большое седалищное отверстие», «грушевидная мышца», «седалищный нерв», «синдром грушевидной мышцы», «вариантная анатомия», а также их англоязычным эквивалентам (*greater sciatic foramen, piriformis muscle, sciatic nerve, piriformis syndrome, anatomical variation*). Дополнительно проанализированы монографии, имеющиеся в фондах научных медицинских библиотек. Критерии включения: публикации на русском и английском языках, содержащие оригинальные данные по анатомии большого седалищного отверстия, грушевидной мышцы,

седалищного нерва и костных структур таза. Временной диапазон поиска: 1937–2024 гг. Всего проанализировано 32 источника.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

#### *Взаимоотношения седалищного нерва и грушевидной мышцы*

Большое количество публикаций посвящено изучению вариантов расположения седалищного нерва относительно грушевидной мышцы в БСО с целью выяснения анатомических предпосылок компрессии данного нерва. Beaton и Anson (1937) выделили 6 основных типов взаимоотношений между грушевидной мышцей и седалищным нервом при изучении 120 трупных образцов [11]. Классификация представлена следующим образом (рис. 1):

**тип А** – седалищный нерв проходит под грушевидной мышцей;

**тип В** – седалищный нерв делится в области таза, общий малоберцовый нерв проходит через мышцу, а большеберцовый проходит под ней;

**тип С** – седалищный нерв делится в области таза, общий малоберцовый нерв проходит над мышцей, а большеберцовый располагается под ней;

**тип D** – седалищный нерв прорывает мышцу;

**тип E** – седалищный нерв делится в области таза, общий малоберцовый нерв проходит над мышцей, а большеберцовый прорывает её;

**тип F** – седалищный нерв выходит из таза через надгрушевидное отверстие.

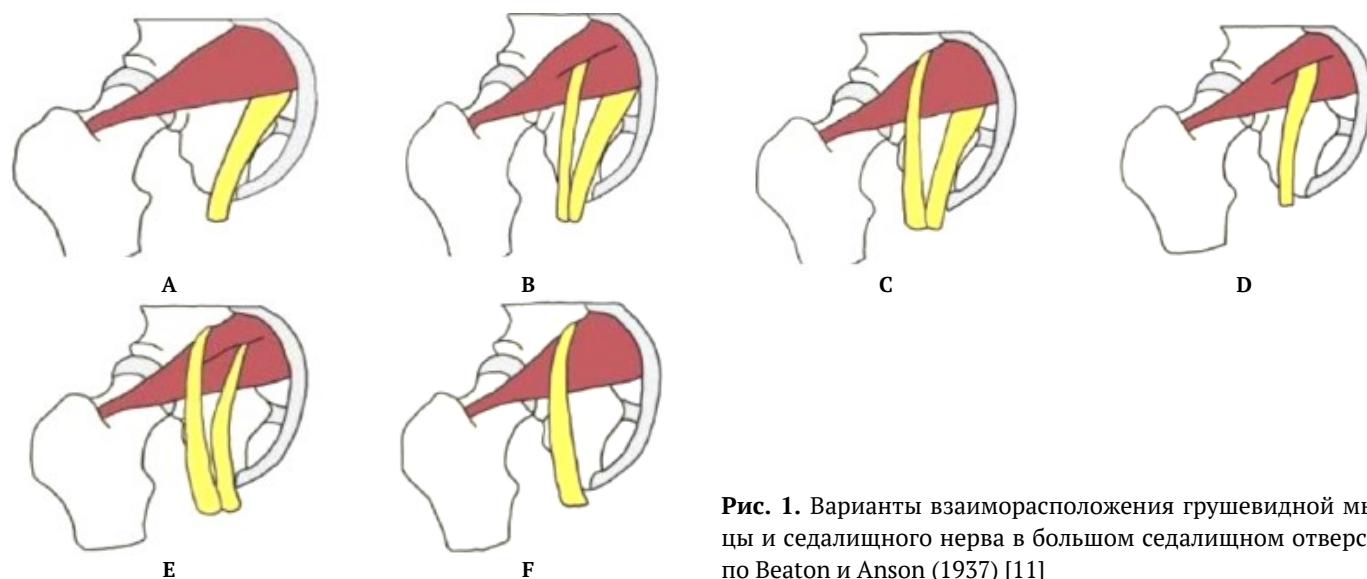


Рис. 1. Варианты взаиморасположения грушевидной мышцы и седалищного нерва в большом седалищном отверстии по Beaton и Anson (1937) [11]

По данным метаанализов Krzysztof A. Tomaszewski и соавт. [12] и Frideriki Poutoglidou и соавт. [13], включающих результаты 45 и 44 исследований соответственно, наиболее распространённым вариантом строения БСО на трупах является тип А (85–90% случаев). Другие наблюдения приходятся на тип В (8–9%), тип С (2%) и типы D, E, F (менее 1%). При учёте региона проживания обследованных выявлено, что тип В имеет более высокую распространённость в азиатской популяции (17,0%), по сравнению с южноамериканской (9,8%), европейской (7,4%), североамериканской (2,8%) и африканской (2,2%) популяциями. Кроме того, отмечено, что все варианты, не относящиеся к типу А, в два раза чаще встречаются у женщин, чем у мужчин [12, 13].

Активное внедрение лучевых методов диагностики в медицинскую практику позволило оценить изменчивость строения БСО у здоровых лиц, а также пациентов с симптомами ишиаса. Исследования, проведённые с использованием МРТ, продемонстрировали такую же тенденцию распространённости вариантов расположения седалищного нерва относительно грушевидной мышцы – с преобладанием типа А по классификации Beaton и Anson (1937) как у пациентов с симптомами компрессии седалищного нерва, так и без них [14–17]. Данное обстоятельство ставит под сомнение выдвигаемые ранее предположения о том, что анатомические варианты строения БСО (по классификации Beaton и Anson) сами по себе являются причиной возникновения синдрома грушевидной мышцы. С другой стороны, для синдрома грушевидной мышцы отсутствуют чёткие диагностические критерии, и он, по сути, является диагнозом исключения. Таким образом, боль, трактуемая как ишиас, может быть обусловлена другими причинами, не связанными с компрессией седалищного нерва. Тем не менее изучение анатомических особенностей данной области является важной частью дифференциальной диагностики данного синдрома для планирования лечения [1, 18–19].

### Морфология грушевидной мышцы

Помимо взаимного расположения седалищного нерва и грушевидной мышцы, к возникновению компрессии могут предрасполагать особенности строения самой мышцы. Gunther Windisch с соавт. [20] в 2007 г. описали морфологию грушевидной мышцы для возможности более точной интерпретации данных МРТ. Приведённая ими классификация основывалась на длине сухожильной и мышечной частей, формирующих грушевидную мышцу. Классификация представлена следующим образом (рис. 2):

**Тип А.** Верхнее мышечное брюшко (верхнее брюшко) грушевидной мышцы имеет большее расстояние от мышечно-сухожильного соединения до места прикрепления;

**Тип В.** Нижнее мышечное брюшко (нижнее брюшко) грушевидной мышцы имеет большее расстояние от мышечно-сухожильного соединения до места прикрепления;

**Тип С.** Верхнее и нижнее брюшко мышцы срастались точно на одном уровне с сухожилием.

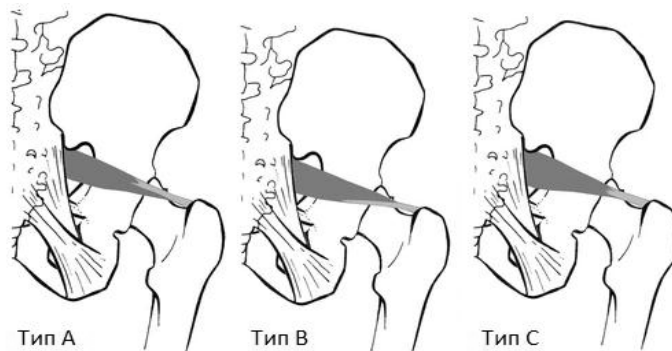


Рис. 2. Варианты строения грушевидной мышцы по классификации Gunther Windisch и соавт. [20]

Полученные данные не позволили авторам сделать вывод относительно влияния строения грушевидной мышцы на вероятность возникновения ишиаса, напротив, они выразили мнение, что анатомические причины грушевидного синдрома редки [20]. В последующей работе Eamon Koh с соавт. [21] был описан случай ущемления седалищного нерва грушевидной мышцей по типу А, что позволило им сделать предположе-

ние, что данный вариант строения мышцы является потенциально распространённой причиной нейропатической боли в пояснице, особенно в сочетании с другими функциональными факторами [21]. В ряде работ описаны случаи более редких вариантов морфологии грушевидной мышцы, состоящей из трёх головок, а также случаи, когда данная мышца отсутствовала с одной или с обеих сторон, что также необходимо учитывать при диагностических и лечебных процедурах в ягодичной области [22–26].

### Начало грушевидной мышцы на крестце

Долгое время исследователи уделяли основное внимание изучению грушевидной мышцы со стороны ягодичной области, оставляя без внимания места её прикрепления на крестце до входа в большое седалищное отверстие. В работе Larionov A. и соавт. [5] предлагается новое анатомическое объяснение развития синдромов тазовой боли, связанное с началом мышцы на крестце. Авторами выделены несколько типов начала грушевидной мышцы относительно передних крестцовых отверстий и соответствующих им передних ветвей крестцового сплетения (рис. 3):

**1 тип** – грушевидная мышца начинается медиальнее передних крестцовых отверстий и своими пучками закрывает их и охватывает ветви крестцового сплетения (медиальный тип с ущемлением нервов);

**2 тип** – грушевидная мышца начинается медиальнее крестцовых отверстий, но ветви крестцового сплетения свободно проходят между её пучками (медиальный тип без ущемления нервов);

**3 тип** – грушевидная мышца начинается латеральнее передних крестцовых отверстий (латеральный тип);

**4 тип** – грушевидная мышца начинается между передними крестцовыми отверстиями (интерфораминальный тип).

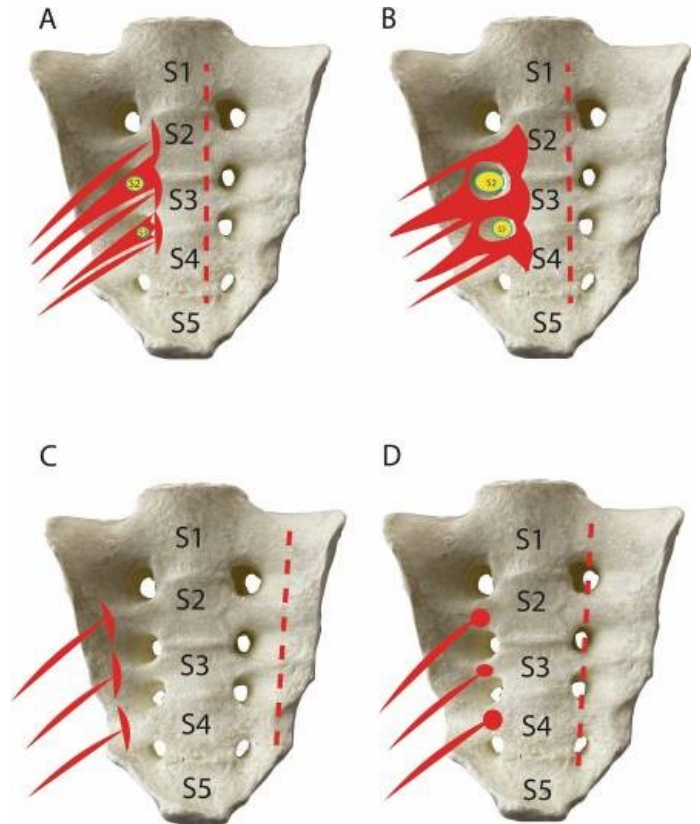


Рис. 3. Начало грушевидной мышцы относительно передних крестцовых отверстий по Larionov A. и соавт. [5]

Медиальное начало грушевидной мышцы (типы 1 и 2 соответственно) составило 75% от общего количества исследованных конечностей. Авторами также было сделано предположение о том, что данный вариант начала мышцы в сочетании с другими внешними факторами может предрасполагать к компрессии нервных структур. В связи с тем, что ветви крестцового сплетения участвуют в формировании не только седалищного нерва, то их сдавление может приводить к возникновению невралгии полового нерва и дисфункции тазовых органов [5].

В отличие от мышечных и нервных структур, относящихся к БСО, костные параметры данного отверстия изучены в меньшей степени. Передне-верхние края БСО формируются большой седалищной вырезкой тазовой кости. Как известно, тазовые кости и таз в целом имеют большое количество половых различий, связанных с различными функциями мужского и жен-

ского таза. Данный факт активно используется в судебно-медицинской практике для определения половой принадлежности останков при помощи большой седалищной вырезки тазовой кости, размеры и форма которой позволяют определить пол с точностью до 95% [27–30]. Логично предположить, что от формы и размеров большой седалищной вырезки будет зависеть конфигурация самого БСО, однако в литературе данные по этому вопросу отсутствуют, несмотря на то что визуальная оценка данного отверстия необходима для диагностики широкого круга патологий [31–32].

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на то что исследования области БСО проводятся с начала первой половины прошлого века, интерес исследователей к анатомии этой области не снижается в связи со сложностью ее строения и большой клинической значимостью.

Персонафицированный подход в медицине диктует необходимость рассмотрения изменчивости различных анатомических областей с учетом индивидуальных особенностей организма. Анализ литературы показал, что изучение вариантной анатомии БСО в большинстве случаев проводится лишь с учетом пола, однако до сих пор не определены конкретные параметры таза, коррелирующие с параметрами данного отверстия. Исследования об анатомической организации данной области с учетом возрастных, этнических и антропометрических показателей немногочисленны или отсутствуют. Решение этих вопросов требует дальнейших исследований, а определение эталонных морфометрических характеристик БСО будет актуально для широкого круга специалистов: неврологов, хирургов, рентгенологов – с позиции совершенствования диагностики и улучшения результатов лечения.

### Литература

#### References

- 1 Probst D, Stout A, Hunt D. Piriformis Syndrome: A Narrative Review of the Anatomy, Diagnosis, and Treatment. *PM R*. 2019;11(1):54–63. <https://doi.org/10.1002/pmrj.12189>
- 2 Kurushina OV, Barulin AE. Novye vozmozhnosti terapii sindroma grushevidnoy myshtsy. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2021;121(9):116–120. <https://doi.org/10.17116/jnevro2021121091116>. In Russian
- 3 Belash VO, Petrova EA. Sindrom grushevidnoy myshtsy. *Rossiyskiy osteopaticheskiy zhurnal*. 2022;3:131–156. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2022-3-131-156> In Russian
- 4 Corey S, Adrienne LKLi, Gustavo L et al. Intrapelvic entrapment of sacral nerve roots by abnormal bundles of the piriformis muscle: description of an extra-spinal cause of sciatica and pudendal neuralgia. *J Hip Preserv Surg*. 2021;8(1):132–138. <https://doi.org/10.1093/jhps/hnab041>
- 5 Larionov A, Yotovskii P, Filgueira L. Novel anatomical findings with implications on the etiology of the piriformis syndrome. *Surg Radiol Anat*. 2022;44(10):1397–1407. <https://doi.org/10.1007/s00276-022-03023-5>
- 6 Pokorný D, Jahoda D, Veigl D et al. Topographic variations of the relationship of the sciatic nerve and the piriformis muscle and its relevance to palsy after total hip arthroplasty. *Surg Radiol Anat*. 2006;28(1):88–91. <https://doi.org/10.1007/s00276-005-0056-x>
- 7 Gomes BA, Ramos MR, Fiorelli RK et al. Topographic anatomical study of the sciatic nerve relationship to the posterior portal in hip arthroscopy. *Rev Col Bras Cir*. 2014;41(6):440–444. <https://doi.org/10.1590/0100-69912014006010>
- 8 Khabib'yanov RYa, Galeev IG. Intraoperatsionnaya profilaktika sindroma grushevidnoy myshtsy pri lechenii zastarelykh perelomov zadney kolonny vertluzhnoy vpadiny. *Prakticheskaya meditsina*. 2018;16(7-1):71–73. <https://doi.org/10.32000/2072-1757-2018-16-7-71-73>. In Russian
- 9 Yudin AL, Shomakhov MA, Yumatova EA i dr. Sindrom grushevidnoy myshtsy. Lechenie pod kontrolem KT-skopii. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2020;120(10):85–90. <https://doi.org/10.17116/jnevro202012010185>. In Russian
- 10 Adibatti M, Sangeetha V. Study on Variant Anatomy of Sciatic Nerve. *J Clin Diagn Res*. 2014;8(8):AC07–9. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/9116.4725>
- 11 Beaton LE, Anson BJ. The relation of the sciatic nerve and of its subdivisions to the piriformis muscle. *Anat Rec*. 2005;70:1–5. <https://doi.org/10.1002/ar.1090700102>
- 12 Krzysztof A. Tomaszewski, Matthew J. Graves, Brandon Michael et al. Surgical Anatomy of the Sciatic Nerve: A Meta-Analysis. *J Orthop Res*. 2016;34(10):1820–1827. <https://doi.org/10.1002/jor.23186>

- 13 Poutoglidou F, Piagkou M, Totlis T et al. Sciatic Nerve Variants and the Piriformis Muscle: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cureus*. 2020;12(11):e11531. <https://doi.org/10.7759/cureus.11531>
- 14 Bartret AL, Beaulieu CF, Lutz AM. Is it painful to be different? Sciatic nerve anatomical variants on MRI and their relationship to piriformis syndrome. *Eur Radiol*. 2018;28(11):4681-4686. <https://doi.org/10.1007/s00330-018-5447-6>
- 15 Bharadwaj UU, Varenika V, Carson W et al. Variant Sciatic Nerve Anatomy in Relation to the Piriformis Muscle on Magnetic Resonance Neurography: A Potential Etiology for Extraplural Sciatica. *Tomography*. 2023;9(2):475-484. <https://doi.org/10.3390/tomography9020039>
- 16 Varenika V, Lutz AM, Beaulieu CF et al. Detection and prevalence of variant sciatic nerve anatomy in relation to the piriformis muscle on MRI. *Skeletal Radiol*. 2017;46(6):751-757. <https://doi.org/10.1007/s00256-017-2597-6>
- 17 Eastlack J, Tenorio L, Wadhwa V et al. Sciatic neuromuscular variants on MR neurography: frequency study and interobserver performance. *Br J Radiol*. 2017;90(1079):20170116. <https://doi.org/10.1259/bjr.20170116>
- 18 Tukhbatullin MG, Akhmedova GM, Sharafutdinov BM. Luchevaya diagnostika neyropatyy pri sindrome grushevidnoy myshtsy. *Prakticheskaya meditsina*. 2013;1(66):85-91. *In Russian*
- 19 Michel F, Decavel P, Toussirot E et al. The piriformis muscle syndrome: An exploration of anatomical context, pathophysiological hypotheses and diagnostic criteria. *Ann Phys Rehabil Med*. 2013;56(4):300-311. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2013.03.006>
- 20 Windisch G, Braun EM, Anderhuber F. Piriformis muscle: clinical anatomy and consideration of the piriformis syndrome. *Surg Radiol Anat*. 2007;29(1):37-45. <https://doi.org/10.1007/s00276-006-0169-x>
- 21 Koh E, Webster D, Boyle J. Case report and review of the potential role of the Type A piriformis muscle in dynamic sciatic nerve entrapment variant of piriformis syndrome. *Surg Radiol Anat*. 2020;42(10):1237-1242. <https://doi.org/10.1007/s00276-020-02440-8>
- 22 Bemnet TG, Lidet GA. Piriformis syndrome secondary to accessory belly of the piriformis muscle: A rare case report with MRI diagnosis. *Radiol Case Rep*. 2024;19(4):1503-1505. <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2024.01.009>
- 23 Matheus CL, João GA, Eduardo HB et al. The absence of piriformis muscle, combined muscular fusion, and neurovascular variation in the gluteal region. *Autops Case Rep*. 2021;11:e2020239. <https://doi.org/10.4322/acr.2020.239>
- 24 Massimiliano T, Elia S, Adriana C et al. Case report: absence of the right piriformis muscle in a woman. *Surg Radiol Anat*. 2019;41(7):845-848. <https://doi.org/10.1007/s00276-018-02176-6>
- 25 Koziół T, Chaba W, Janda P et al. A three-headed piriformis muscle: an anatomical case study and narrative review of literature. *Folia Morphol (Warsz)*. 2023;82(4):969-974. <https://doi.org/10.5603/FM.a2022.0108>
- 26 Akamefula RA, Chaiyamon A, Anadkat S, et al. A Three-Headed Piriformis Muscle with Splitting of the Common Fibular Nerve. *Cureus*. 2023;15(2):e35302. <https://doi.org/10.7759/cureus.35302>
- 27 Gómez-Valdés JA, Quinto-Sánchez M, Menéndez Garmendia A et al. Comparison of methods to determine sex by evaluating the greater sciatic notch: Visual, angular and geometric morphometrics. *Forensic Sci Int*. 2012;221(1-3):156.e1-7. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2012.04.027>
- 28 Kim DH, Lee SH, Lee SS, et al. Comprehensive evaluation of the greater sciatic notch for sexual estimation through three-dimensional metric analysis using computed tomography-based models. *Leg Med (Tokyo)*. 2018;35:1-8. <https://doi.org/10.1016/j.legalmed.2018.09.006>
- 29 Katie K, Heather G. Outline analysis of sex and population variation in greater sciatic notch and obturator foramen morphology with implications for sex estimation. *Forensic Sci Int*. 2020;314:110346. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2020.110346>
- 30 Knecht S, Nogueira L, Servant M et al. Sex estimation from the greater sciatic notch: a comparison of classical statistical models and machine learning algorithms. *Int J Legal Med*. 2021;135(6):2603-2613. <https://doi.org/10.1007/s00414-021-02700-1>
- 31 Lanzieri CF, Hilal SK. Computed tomography of the sacral plexus and sciatic nerve in the greater sciatic foramen. *AJR Am J Roentgenol*. 1984;143(1):165-8. <https://doi.org/10.2214/ajr.143.1.165>
- 32 Cai ZJ, Salem AE, Wagner-Bartak NA et al. Sciatic foramen anatomy and common pathologies: a pictorial review. *Abdom Radiol (NY)*. 2022;47(1):378-398. <https://doi.org/10.1007/s00261-021-03265-8>

Авторы заявляют об отсутствии каких-либо конфликтов интересов при планировании, выполнении, финансировании и использовании результатов настоящего исследования

The authors declare that they have no conflicts of interest in the planning, implementation, financing and use of the results of this study

**ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ**

**Васильев Роман Сергеевич**, аспирант кафедры анатомии человека, Омский государственный медицинский университет, Омск, Россия;  
**e-mail:** vas1lev.anatomy@gmail.com

**Путалова Ирина Николаевна**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой анатомии человека, Омский государственный медицинский университет, Омск, Россия;  
**e-mail:** inputalova@mail.ru

**Девятириков Дмитрий Алексеевич**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры анатомии человека, Омский государственный медицинский университет, Омск, Россия;  
**e-mail:** devjtirikov@mail.ru

**Сушло Александр Павлович**, кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры анатомии человека, Омский государственный медицинский университет, Омск, Россия;  
**e-mail:** alex-su@list.ru

**Гольфман Екатерина Юрьевна**, студентка 3 курса лечебного факультета, Омский государственный медицинский университет, Омск, Россия;  
**e-mail:** ekagolfman@mail.ru

**AUTHORS INFORMATION**

**Roman S. Vasil'ev**, Postgraduate Student, Department of Human Anatomy, Omsk State Medical University, Omsk, Russia;  
**e-mail:** vas1lev.anatomy@gmail.com

**Irina N. Putalova**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Human Anatomy, Omsk State Medical University, Omsk, Russia;  
**e-mail:** inputalova@mail.ru

**Dmitriy A. Devyatirikov**, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Human Anatomy, Omsk State Medical University, Omsk, Russia;  
**e-mail:** devjtirikov@mail.ru

**Aleksandr P. Suslo**, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Human Anatomy, Omsk State Medical University, Omsk, Russia;  
**e-mail:** alex-su@list.ru

**Ekaterina YU. Gol'fman**, 3-rd year student of the Faculty of Medicine, Omsk State Medical University, Omsk, Russia;  
**e-mail:** ekagolfman@mail.ru