

# Наружные грыжи брюшной стенки редкой локализации

**Б.В. Болдин**<sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0003-4488-9123>, [faculty\\_surgery@gmail.com](mailto:faculty_surgery@gmail.com)  
**Н.О. Сомов**<sup>1,2</sup>, <https://orcid.org/0009-0000-1995-5438>, [nikitasomer@gmail.com](mailto:nikitasomer@gmail.com)  
**В.Ю. Богачев**<sup>2</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-3940-0787>, [vadim.bogachev63@gmail.com](mailto:vadim.bogachev63@gmail.com)  
**Г.А. Варич**<sup>1,3</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-3574-6190>, [geravarich@mail.ru](mailto:geravarich@mail.ru)  
**В.А. Мирзонов**<sup>3</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-3574-6190>

<sup>1</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова; 117513, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1

<sup>2</sup> Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского; 129110, Россия, Москва, ул. Щепкина, д. 61/2, корп. 1

<sup>3</sup> Химкинская клиническая больница; 141407, Россия, Московская обл., Химки, Куркинское шоссе, д. 11

## Резюме

Наружные грыжи брюшной стенки редкой локализации представляют собой малоизученную и клинически значимую группу заболеваний, характеризующуюся атипичной локализацией, разнообразием анатомических вариантов и высокой частотой диагностических ошибок. Данные грыжи нередко характеризуются стертой или неспецифической клинической симптоматикой и диагностируются на этапе развития осложнений, что сопровождается повышенным риском ущемления, послеоперационных осложнений и летального исхода. В обзорной статье проанализировано 44 полнотекстовых статей из баз данных электронных библиотек, систематизированы современные сведения о редких наружных грыжах брюшной полости, включая грыжи спигелиевой линии, запирательного отверстия, седалищные, промежностные грыжи, грыжи мечевидного отростка грудины и поясничные грыжи. Проанализированы особенности клинического течения, анатомо-морфологические предпосылки формирования грыжевых дефектов и основные диагностические трудности. Отмечена роль разделения на стадии, что важно для определения диагностической тактики и выбора оптимального метода лечения, особенно учитывая возраст пациента и, как следствие, риск развития осложнений. Отдельное внимание уделено значению методов лучевой диагностики, прежде всего компьютерной томографии, а также диагностической лапароскопии в своевременном выявлении данных форм грыж. Показано, что редкие грыжи передней брюшной стенки представляют собой диагностически и тактически сложную группу патологий, нередко выявляемых лишь на стадии осложнений. Выбор хирургической тактики должен носить индивидуализированный характер и определяться локализацией грыжевого дефекта, наличием осложнений и соматическим статусом пациента. Анализ литературных данных свидетельствует о целесообразности унификации диагностических подходов и необходимости дальнейшего накопления клинического опыта с целью улучшения результатов хирургического лечения пациентов с редкими наружными грыжами брюшной полости.

**Ключевые слова:** редкие наружные грыжи, грыжи брюшной полости, диагностика грыж, компьютерная томография, лапароскопия, хирургическое лечение

**Для цитирования:** Болдин БВ, Сомов НО, Богачев ВЮ, Варич ГА, Мирзонов ВА. Наружные грыжи брюшной стенки редкой локализации. *Амбулаторная хирургия*. 2026;23(1):162–168. <https://doi.org/10.21518/akh2026-004>.

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## External abdominal wall hernias in rare locations

**Boris V. Boldin**<sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0003-4488-9123>, [faculty\\_surgery@gmail.com](mailto:faculty_surgery@gmail.com)  
**Nikita O. Somov**<sup>1,2</sup>, <https://orcid.org/0009-0000-1995-5438>, [nikitasomer@gmail.com](mailto:nikitasomer@gmail.com)  
**Vadim Yu. Bogachev**<sup>2</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-3940-0787>, [vadim.bogachev63@gmail.com](mailto:vadim.bogachev63@gmail.com)  
**Georgiy A. Varich**<sup>1,3</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-3574-6190>, [geravarich@mail.ru](mailto:geravarich@mail.ru)  
**Vladislav A. Mirzonov**<sup>3</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-3574-6190>

<sup>1</sup> Pirogov Russian National Research Medical University; 1, Ostrovityanov St., Moscow, 117513, Russia

<sup>2</sup> Moscow Regional Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirsky; 61/2, Bldg. 1, Schepkin St., Moscow, 129110, Russia

<sup>3</sup> Khimki Regional Hospital; 11, Kurkinskoe Shosse, Khimki, Moscow Region, 141407, Russia

## Abstract

Rarely localized external abdominal wall hernias represent a poorly studied yet clinically significant group of conditions characterized by atypical anatomical locations, a wide variety of anatomical variants, and a high rate of diagnostic errors. These hernias often present with subtle or nonspecific clinical manifestations and are frequently diagnosed at the stage of complications, which is associated with an increased risk of incarceration, postoperative complications, and mortality. The review article analyzed 45 full-text articles from electronic library databases and systematized modern information on rare external hernias of the abdominal cavity, including hernias of the Spigelian

line, obturator foramen, sciatic, perineal hernias, hernias of the xiphoid process of the sternum and lumbar hernias. The clinical features, anatomical and morphological prerequisites for the formation of hernia defects, as well as the main diagnostic challenges are analyzed. The role of staging is noted, which is important for determining diagnostic tactics and choosing the optimal treatment method, especially considering the patient's age and, as a consequence, the risk of complications. Particular attention is paid to the role of imaging modalities, primarily computed tomography, as well as diagnostic laparoscopy, in the timely detection of these types of hernias. It has been shown that rare hernias of the anterior abdominal wall represent a diagnostically and tactically complex group of pathologies, often detected only at the stage of complications. It is shown that the choice of surgical strategy should be individualized and determined by the location of the hernia defect, the presence of complications, and the patient's comorbid status. Analysis of the available literature highlights the need for the standardization of diagnostic approaches and further accumulation of clinical experience in order to improve surgical outcomes in patients with rare external abdominal wall hernias.

**Keywords:** rare external hernias, abdominal wall hernias, hernia diagnosis, computed tomography, laparoscopy, surgical treatment

**For citation:** Boldin BV, Somov NO, Bogachev VYu, Varich GA, Mirzonov VA. External abdominal wall hernias in rare locations. *Ambulatornaya Khirurgiya*. 2026;23(1):162–168. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/akh2026-004>.

**Conflict of interest:** the authors declare no conflict of interest.

## ВВЕДЕНИЕ

Грыжи живота, согласно данным мировой литературы, достаточно широко распространены и составляют до 5% в общей популяции [1].

Редкие грыжи живота представляют собой малоизученные формы этой патологии, которые возникают в нетипичных анатомических зонах передней и задней брюшных стенок, а также непосредственно в брюшной полости.

В отличие от распространенных типов грыж, таких как паховые или пупочные, редкие грыжи могут представлять серьезные диагностические трудности и часто обнаруживаются лишь на поздних стадиях их осложнений. Эти атипичные формы грыж не всегда сопровождаются ярко выраженными симптомами, что затрудняет их своевременное выявление и лечение. Отдельно выделяют группы наружных и внутренних грыж.

## ГРЫЖИ СПИГЕЛИЕВОЙ ЛИНИИ

К числу редких наружных грыж относятся грыжи спигелиевой линии, грыжи запирательного отверстия, седалищные грыжи, промежностные грыжи, а также грыжи поясничного треугольника и грыжи мечевидного отростка грудины. Несмотря на их редкость, эти грыжи могут представлять серьезную угрозу для здоровья пациента, зачастую требуя специального подхода к диагностике и лечению. Мы рассмотрим особенности редких грыж живота, их клинические проявления, методы диагностики и современные подходы к лечению. Это позволит углубить понимание этих сложных состояний и улучшить подходы к их диагностике и лечению.

По оценкам разных авторов, доля грыж спигелиевой линии составляет от 0,1 до 2%. Такие грыжи обычно образуются в месте пересечения полулунной и дугообразной линий (*linea arcuata*). Грыжи спигелиевой

линии подразделяют на три вида: подкожные, интерстициальные и предбрюшинные. Содержимым грыжевого мешка могут быть различные органы брюшной полости, включая петли тонкого или толстого кишечника, аппендикс и дивертикул Меккеля и даже желудок. Кроме того, в ряде клинических случаев сообщалось о наличии опухолей брюшной полости в качестве содержимого грыжевого мешка [2].

V. Webber в 2017 г. были описаны три клинические стадии развития грыж спигелиевой линии [3].

1. Первая стадия характеризуется отсутствием грыжевого мешка. Такие грыжи обычно встречаются у более молодых пациентов и могут быть особенно трудны для диагностики. Важно отметить, что на этой стадии грыжа может не быть обнаружена даже при проведении диагностической лапароскопии, что усложняет ее выявление.

2. Вторая стадия. Грыжи на этой стадии развиваются у пожилых пациентов и уже имеют грыжевой мешок, что делает их более заметными при лапароскопии. Наличие грыжевого мешка и узких грыжевых ворот увеличивает риск ущемления грыжи.

3. Третья стадия. Грыжи, развивающиеся также у пожилых пациентов, имеют выраженный грыжевой мешок и могут представлять значительные технические сложности при их лечении с использованием лапароскопических методик. В этой стадии риск ущемления наиболее высок, и может потребоваться более сложное и травматичное хирургическое вмешательство.

Разделение на стадии важно для определения диагностической тактики и выбора оптимального метода лечения, особенно учитывая возраст пациента и, как следствие, риск развития осложнений.

На сегодняшний день выбор и объем хирургических вмешательств, будь то открытый или лапароскопический доступ, определяется индивидуальными

особенностями пациента, опытом хирурга, а также наличием или отсутствием осложнений, таких как ущемление.

Недостаточное количество наблюдений затрудняет выработку универсальных рекомендаций по диагностике и лечению грыж спигелиевой линии живота, что делает необходимым дальнейшее накопление научного и клинического опыта для понимания этого патологического состояния.

### ГРЫЖИ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ ТАЗА

К другим редким видам грыж относятся грыжи запирающего отверстия таза. Это состояние, при котором происходит пролабирование внутрибрюшинного или внебрюшинного содержимого через запирающее отверстие. Частота встречаемости грыж запирающего отверстия составляет около 0,73% от всех случаев грыж [4].

Диагностика этой грыжи также обычно вызывает трудности, что часто приводит к ее обнаружению уже после развития такого грозного осложнения, как ущемление.

Данный факт объясняет высокую летальность, которая достигает 25%, и высокий риск развития послеоперационных осложнений, которые возникают в 11,6% случаев [5, 6].

При ущемленной грыже запирающего отверстия часто отсутствуют классические симптомы этого осложнения. Наиболее часто ущемление сопровождается явлениями кишечной непроходимости (отсутствие стула, тошнота, рвота и другие патогномичные симптомы). Одним из клинических симптомов ущемленной грыжи запирающего отверстия является синдром запирающего нерва (синдром Хаушипа – Ромберга), при котором пациенты отмечают боль в области медиальной части бедра, которая усиливается при вращении бедра кнутри. Данный симптом встречается у 50% пациентов с ущемленной грыжей запирающего отверстия [7].

Другим специфическим симптомом ущемления грыжи запирающего отверстия является синдром Хантингтона – Кифофа. Он характеризуется отсутствием рефлекса приведения бедра при сохранении коленного рефлекса на стороне грыжи.

Диагностика грыж запирающего отверстия на догоспитальном этапе представляет значительные трудности. Ряд авторов отмечают информативность КТ-исследования. Лапароскопию же считают оптимальным методом диагностики как запирающих грыж, так и других редких грыж, развивающихся из миепектинеального отверстия Фрюшо [8–10].

### СЕДАЛИЩНЫЕ ГРЫЖИ И ПРОМЕЖНОСТНЫЕ ГРЫЖИ

Седалищная грыжа, впервые описанная Э. Папеном в 1750 г., является редкой формой патологии тазового дна, которая диагностируется на этапе развивающихся осложнений (кишечная непроходимость, перитонит). В мировой литературе зафиксировано менее 100 таких случаев, что подчеркивает ее редкость и значимость в клинической практике [11].

Типичная клиническая картина седалищной грыжи включает периодические боли в животе или хронические боли в области таза, особенно у пожилых женщин. В отдельных случаях возможно выявление грыжевого выпячивания в области большого или малого седалищного отверстия, что может служить дополнительным диагностическим признаком и способствовать уточнению диагноза [12]. Седалищные грыжи разделяют на 3 типа в зависимости от анатомического расположения: надгрушевидные, подгрушевидные и подостистые, последние при этом встречаются реже всего.

К другим редко встречающимся тазовым грыжевым выпячиваниям относят промежностные грыжи. Классические тазовые грыжи встречаются нечасто, что связано с особенностями распределения внутрибрюшного давления, которое преимущественно воздействует на паховые области и лобковый симфиз, а не на тазовое дно. Пол пациента (чаще страдают женщины), его возраст, дегенеративные изменения в миофасциальных структурах тазового дна, а также атрофия мышц и жировой ткани могут ослаблять фасциальные промежутки вокруг сосудисто-нервных элементов, что способствует образованию грыжевых ворот [13, 14].

Частота встречаемости промежностных грыж варьирует от 1 до 26%, при этом осложненные промежностные грыжи встречаются крайне редко [15]. Промежностные грыжи имеют несколько принципиальных отличий от других грыж тазового дна, которые связаны с особенностями их возникновения.

Первый клинический случай промежностной грыжи был описан французским хирургом и анатомом Де Гаранжо, а в 1885 г. Томас впервые предложил классификацию вагинальных грыж [16, 17]. Позже, в 1940 г., Виленский и Кауфман предложили свою классификацию грыж тазового дна, включающую шесть групп: экстравагинальные, брюшинно-вагинальные, промежностные, гидроцеле, срамные и тазовые квази-грыжи [18].

Промежностные грыжи могут быть врожденными и приобретенными. Врожденные промежностные грыжи встречаются крайне редко; на сегодняшний день в мире зарегистрировано лишь 11 таких случаев.

Примечательно, что в 9 из 11 случаев промежностные грыжи были описаны у детей [19–21].

Приобретенные промежностные грыжи делятся на передние и задние в зависимости от их расположения относительно *Musculus transversus perinei superficialis*.

Первично приобретенные промежностные грыжи, как правило, обусловлены факторами, связанными с повышением внутрибрюшного давления. Они чаще встречаются у женщин вследствие широкого таза и ослабления тазового дна, которому может способствовать беременность и роды. Несмотря на это, первичные промежностные грыжи встречаются нечасто. На 2024 г. в мире зарегистрирован 101 случай такого рода [22].

Вторичные промежностные грыжи связаны с перенесенными хирургическими вмешательствами на тазовых органах. Эти операции нарушают целостность миофасциальных структур тазового дна, которые затем заменяются рубцовой тканью [23–25]. Чаще всего содержимым промежностных грыж оказываются петли тонкого кишечника, что может привести к странгуляционной кишечной непроходимости и последующему некрозу кишечника.

Несмотря на особенности данного вида грыж, при своевременной диагностике и адекватном хирургическом лечении у большинства пациентов наступает выздоровление. Промежностный доступ широко применяется в хирургическом лечении данной категории грыж, создавая оптимальные условия для последующего выполнения пластики грыжевого дефекта [26–28].

## ГРЫЖИ МЕЧЕВИДНОГО ОТРОСТКА

Грыжа мечевидного отростка грудины является редким клиническим феноменом. Причинами возникновения подобных грыж могут быть врожденные аномалии, травмы или возрастные изменения.

В исследовании, проведенном K. Akin, D. Kosehan, A. Torcu и A. Kaktepe в 2011 г., были продемонстрированы вариации морфологии мечевидного отростка с использованием мультidetекторной компьютерной томографии (МДКТ) на выборке из 500 пациентов [29].

Результаты исследования показали, что лишь у 33,2% пациентов мечевидный отросток находился в одной плоскости с телом грудины. Вентрально отклоненные мечевидные отростки были выявлены у 65,4% пациентов. Кроме того, одинарные, двойные и тройные отростки были обнаружены у 62,6, 32,8 и 4,6% пациентов соответственно. Примерно у 3% пациентов мечевидные отростки были изогнуты на конце в дорсальном или вентральном направлении, принимая крючковидную форму. Одним из значимых результатов

исследования стало обнаружение редкого варианта анатомического строения мечевидного отростка – его обратной S-образной формы, выявленной менее чем у 1% обследованных пациентов. Полученные данные подтверждаются и другими авторами [30–33].

Помимо вышеописанных вариантов деформаций, ряд авторов описывают наличие отверстий в мечевидном отростке грудины. Согласно метаанализу 33 исследований с участием 15 223 пациентов, отверстия в грудины были обнаружены в 2,9% случаев. Эти отверстия располагались в нижней трети тела грудины, на уровне четвертого и пятого грудно-реберных сочленений. При этом была отвечена гендерная специфичность: грудинные отверстия чаще встречались у мужчин (12,2%), чем у женщин (6,8%) [34]. Отверстия в мечевидном отростке в большинстве случаев являлись грыжевыми воротами.

С 1914 г. в русскоязычной медицинской литературе описано всего 12 таких случаев, что делает каждый из них важным для углубления понимания этого патологического состояния и разработки методов его коррекции [35]. Основным содержимым грыжевого выпячивания в большинстве случаев была предбрюшинная липома, однако в двух случаях отмечено, что в грыжевом мешке находились прядь большого сальника и жировой подвесок поперечной ободочной кишки.

Грыжи мечевидного отростка грудины классифицируются на истинные и ложные, при этом истинные грыжи встречаются исключительно редко из-за анатомических особенностей этой анатомической области. Висцеральная брюшина плотно прилегает к мечевидному отростку, а собственная фасция грудной клетки надежно соединена с надкостницей. Кожа в этой области малоподвижна и не собирается в складки, что также затрудняет формирование грыжи. Серповидная связка печени, прилегающая к мечевидному отростку по его задней поверхности, создает дополнительное препятствие для образования истинной грыжи.

В отличие от деформаций мечевидного отростка, которые могут вызывать боль и дискомфорт, существует состояние, известное как ксифодиния. Основным фактором ксифодинии является перихондрит, возникающий при изолированном росте мечевидного отростка вперед. Хотя расщепление отростка при этом состоянии не описано, такая возможность не исключается.

При обследовании пациентов с жалобами на боли в подложечной области важно тщательно собрать анамнез, уточнив локализацию, характер болевых ощущений и выявить зоны наибольшей болезненности. Пальпация мечевидного отростка бывает затруднена при избыточном подкожно-жировом слое. Рентгенография

и КТ могут помочь в выявлении дефектов в области мечевидного отростка, что способствует точной диагностике этого редкого вида грыж.

### ПОЯСНИЧНЫЕ ГРЫЖИ

На сегодняшний день поясничные грыжи являются хорошо изученной патологией, причем мужчины старше 60 лет более подвержены их развитию по сравнению с женщинами. В 13% случаев поясничная грыжа сочетается с другими грыжами брюшной стенки и нередко бывает двусторонней, что требует повышенного внимания при осмотре пациента и выборе оптимального метода лечения. Поясничные грыжи возникают в области слабых мест задней стенки брюшной полости, чаще всего в области треугольников Грюнфельта и Пти. Эти грыжи могут быть врожденными или приобретенными. Основными предрасполагающими факторами считаются травмы, хирургические вмешательства, повышенное внутрибрюшное давление и дегенеративные изменения мышц. Несмотря на редкость встречаемости, поясничные грыжи заслуживают особого внимания из-за высокого риска ущемления и сложности диагностики, что зачастую приводит к задержке постановки диагноза и увеличению риска осложнений [36–38].

Согласно литературным данным, летальность при осложненных поясничных грыжах отмечают в диапазоне 10–50%. Это связано преимущественно с постановкой

неправильного диагноза и последующим поздним началом лечения. Важную роль играют такие факторы, как пожилой возраст пациента, неблагоприятный коморбидный фон и ущемление петли кишечника с развитием гангрены. Эти обстоятельства свидетельствуют о необходимости совершенствования диагностических подходов и скорейшего выполнения оперативного вмешательства у этой группы пациентов [39–44].

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, редкие грыжи передней брюшной стенки представляют собой диагностически и тактически сложную группу патологий, нередко выявляемых лишь на стадии осложнений. Их низкая распространенность и многообразие анатомических вариантов обуславливают необходимость внимательного анализа клинической картины и использования современных методов визуализации для своевременной диагностики. Обобщение имеющихся данных подчеркивает, что стандартизация подходов к диагностике и лечению, накопление клинического опыта и расширение числа наблюдений являются ключевыми условиями для улучшения результатов хирургического лечения данной категории пациентов.

Поступила / Received 30.09.2025

Поступила после рецензирования / Revised 11.12.2025

Принята в печать / Accepted 16.01.2026

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

- Pastorino A, Alshuqayfi AA. Strangulated Hernia. 2022 Dec 19. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
- Hoенemann C, Mert N, Jürgens S, Bersch C, Matevossian E, Doll D. Опухоль брюшной стенки – грыж аспигелевой линии, содержащая метастатическую карциному с невыявленным первичным очагом. *Новости хирургии*. 2013;(6):109–112. Режим доступа: <https://surgery.by/list.php?&lang=ru&year=2013&issue=6>.
- Hoенemann C, Mert N, Jürgens S, Bersch C, Matevossian E, Doll D. An abdominal wall tumor is a spiegelhelian hernia containing adenocarcinoma of unknown primary origin. *Novosti Khirurgii*. 2013;(6):109–112. (In Russ.) Available at: <https://surgery.by/list.php?&lang=ru&year=2013&issue=6>.
- Webber V, Low C, Skipworth RJE, Kumar S, de Beaux AC, Tulloh B. Contemporary thoughts on the management of Spigelian hernia. *Hernia*. 2017;21(3):355–361. <https://doi.org/10.1007/s10029-017-1579-x>.
- Ghimire SK, Shrestha S, Jha R, Maharjan S, Shrestha M. Small bowel obstruction secondary to strangulated obturator hernia with transected ileal segment: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2025;129:111098. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2025.111098>.
- Kulkarni SR, Punamiya AR, Naniwadekar RG, Janugade HB, Chotai TD, Vimal Singh T, Natchair A. Obturator hernia: A diagnostic challenge. *Int J Surg Case Rep*. 2013;4(7):606–668. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2013.02.023>.
- Diab J, Badiani S, Berney CR. A decade review of emergency obturator hernia repairs. *ANZ J Surg*. 2021;91(7-8):1596–1603. <https://doi.org/10.1111/ans.17011>.
- Schizas D, Apostolou K, Hasemaki N, Kanavidis P, Tsapralis D, Garpis N et al. Obturator hernias: a systematic review of the literature. *Hernia*. 2021;25(1):193–204. <https://doi.org/10.1007/s10029-020-02282-8>.
- Thomassen HK, Erichsen K. Acute incarcerated obturator hernia. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2025;145(3). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.24.0550>.
- Lok SY, Sia WT, Morice D, Tanveer A. Unusual presentation of obturator hernia: A case report of knee pain mimicking musculoskeletal condition. *Int J Surg Case Rep*. 2025;126:110602. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2024.110602>.
- Sadek HM, Kiss DR, Vasconcelos E. Sciatic hernia caused by a neurofibroma. Surgical repair with a stainless wire mesh. *Int Surg*. 1970;54:135–141. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5428878>.
- Dong ZP, She JJ, Sun XJ, Zheng JB. Sciatic hernia to strangulated ileum and ipsilateral ovary: A case report and review of literature. *Heliyon*. 2023;9(3):e13904. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e13904>.
- Seifarth FG, Kundu N, Magnuson DK. Congenital sciatic hernia. *Pediatr Surg Int*. 2014;30(5):541–543. <https://doi.org/10.1007/s00383-013-3348-y>.
- Sayers AE, Patel RK, Hunter IA. Perineal hernia formation following extralevator abdominoperineal excision. *Colorectal Dis*. 2015;17(4):351–355. <https://doi.org/10.1111/codi.12843>.

14. Lisin O, Shestakov E, Shulepov P, Katorkin S, Iarovenko G, Bezborodov A. Experience in the treatment of a patient with postoperative perineal hernia after extended combined abdominal-perineal extirpation of the rectum. *Surg Oncol*. 2004;14:69–76. <https://doi.org/10.17650/2949-5857-2024-14-3-69-76>.
15. Balla A, Batista Rodríguez G, Buonomo N, Martínez C, Hernández P, Bollo J, Targarona EM. Perineal hernia repair after abdominoperineal excision or extralevator abdominoperineal excision: a systematic review of the literature. *Tech Coloproctol*. 2017;21(5):329–336. <https://doi.org/10.1007/s10151-017-1634-8>.
16. Stamatou D, Skandalakis JE, Skandalakis LJ, Mirilas P. Perineal hernia: surgical anatomy, embryology, and technique of repair. *Am Surg*. 2010;76(5):474–479. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20506875>.
17. Thomas TG. Vulvar and vaginal enterocele. *NY Med J*. 1885;42:705–711. Available at: <https://digirepo.nlm.nih.gov/ext/dw/101504476/PDF/101504476.pdf>.
18. Wilensky AO, Kaufman PA. Vaginal hernia. *Am J Surg*. 1940;49:31–41. [https://doi.org/10.1016/S0002-9610\(40\)90683-3](https://doi.org/10.1016/S0002-9610(40)90683-3).
19. Cali RL, Pitsch RM, Blatchford GJ, Thorson A, Christensen MA. Rare pelvic floor hernias. Report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum*. 1992;35(6):604–612. <https://doi.org/10.1007/BF02050544>.
20. Hubbard AM, Egelhoff JC. Posterior perineal hernia presenting in infancy as a gluteal mass. *Pediatr Radiol*. 1989;19(4):246. <https://doi.org/10.1007/BF02386844>.
21. Kravarusic D, Swartz M, Freud E. Perineal hernias in children: case report and review of the literature. *Afr J Paediatr Surg*. 2012;9(2):172–175. <https://doi.org/10.4103/0189-6725.99411>.
22. Латыпов ВР, Дамбаев ГЦ, Попов ОС, Вусик АН. Результаты тазовой экзентерации у женщин, выполненной по поводу опухолевых поражений и осложненной лучевой терапией. *Онкоурология*. 2015;11(1):55–63. Режим доступа: <https://doi.org/10.17650/1726-9776-2015-1-55-63>.  
Latypov VR, Dambaev GT, Popov OS, Vusik AN. Results of pelvic exenteration in a woman for cancers and radiotherapy complications. *Onkourologiya*. 2015;11(1):55–63. (In Russ.) <https://doi.org/10.17650/1726-9776-2015-1-55-63>.
23. Aboian E, Winter DC, Metcalf DR, Wolff BG. Perineal hernia after proctectomy: prevalence, risks, and management. *Dis Colon Rectum*. 2006;49(10):1564–1568. <https://doi.org/10.1007/s10350-006-0669-0>.
24. Abdul Jabbar AS. Postoperative perineal hernia. *Hernia*. 2002;6(4):188–190. <https://doi.org/10.1007/s10029-002-0079-8>.
25. Sakai Y, Kasai S, Shiomi A, Manabe S, Yamaoka Y, Tanaka Y et al. Safety and Efficacy of Pelvic Reinforcement Procedure for Preventing Postoperative Perineal Hernia After Robotic Abdominoperineal Resection: A Single-Center, Retrospective Cohort Study. *Ann Gastroenterol Surg*. 2025;10(1):128–136. <https://doi.org/10.1002/ags3.70066>.
26. Carreira I, Teixeira N, Rosa A, Guerreiro J, Marques JP. Perineal hernia repair with synthetic mesh and bivectorial gluteus maximus myocutaneous island flap. *JPRAS Open*. 2025;46:679–684. <https://doi.org/10.1016/j.jpra.2025.10.011>.
27. Yonemitsu K, Kasashima H, Fukuoka T, Tanaka A, Ozawa S, Nishiyama T et al. Successful Reconstruction of Recurrent Perineal Hernia After APR Using a Vertical Rectus Abdominis Myocutaneous Flap: A Salvage Option for a Refractory Case. *Anticancer Res*. 2025;45(12):5813–5817. <https://doi.org/10.21873/anticancer.17914>.
28. Rus A, Manea A, Cora A, Szabó B, Hălmaciu I. A Rare Case of Severe Pelvic Organ Prolapse with Massive Perineal Hernia in a Nulliparous Woman: A Case Report and Literature Review. *Diagnostics*. 2025;15(19):2481. <https://doi.org/10.3390/diagnostics15192481>.
29. Akin K, Kosehan D, Topcu A, Koktener A. Anatomic evaluation of the xiphoid process with 64-row multidetector computed tomography. *Skeletal Radiol*. 2011;40(4):447–452. <https://doi.org/10.1007/s00256-010-1022-1>.
30. Yekeler E, Tunaci M, Tunaci A, Dursun M, Acunas G. Frequency of sternal variations and anomalies evaluated by MDCT. *AJR Am J Roentgenol*. 2006;186(4):956–960. <https://doi.org/10.2214/AJR.04.1779>.
31. Iwanaga J, Samrid R, Shelvin KB, Cardona JJ, Kikuchi K, Chaiyamoona A et al. Revisiting morphology of xiphoid process of the sternum in human: a comprehensive anatomical study. *Surg Radiol Anat*. 2024;46(10):1687–1692. <https://doi.org/10.1007/s00276-024-03463-1>.
32. Aydin Y, Ogul H, Karabacak T, Ulas AB. Unusual Bone Abnormalities in a Girl With Spondylocostal Dysostosis. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2025;67(10):ezaf321. <https://doi.org/10.1093/ejcts/ezaf321>.
33. Uchiyama T. Hooked Xiphoid Process Mimicking an Epigastric Mass. *Intern Med*. 2025;2025:6231–6225. <https://doi.org/10.2169/internalmedicine.6231-25>.
34. Sue M, Lombardi P, Li ASR, Bola H, Bentley DC. Discovery of an Anteriorly Deviated, Partially Ossified Xiphoid Process With a Large, Teardrop-Shaped Foramen in a Male Cadaver. *Cureus*. 2024;16(5):e61068. <https://doi.org/10.7759/cureus.61068>.
35. Ивлев ВВ. Грыжа мечевидного отростка грудины. *Вестник хирургии имени И.И. Грекова*. 2023;182(4):67–70. <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2023-182-4-67-70>.  
Ivlev VV. Hernia of the xiphoid process. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2023;182(4):67–70. (In Russ.). <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2023-182-4-67-70>.
36. Vignesh G, Paramsivam S, Marlecha M, P L M. Uncommon but Significant: A Case of Primary Lumbar Hernia Treated With Open Mesh Repair. *Cureus*. 2025;17(11):e96846. <https://doi.org/10.7759/cureus.96846>.
37. Guennouni A, Laridi A, Abourak C, Bahha S, MoatassimBillah N, Nassar I, Imrani K. Lumbar hernia Jean-Louis Petit: A case report and literature review. *Radiol Case Rep*. 2025;20(9):4579–4582. <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2025.05.068>.
38. De Louche CD, Hussain SF, Sheth H. No mesh, no problem: an innovative surgical approach to a primary superiorlumbar hernia repair. *J Surg Case Rep*. 2025;2025(6):rjaf386. <https://doi.org/10.1093/jscr/rjaf386>.
39. Suarez S, Hernandez JD. Laparoscopic repair of lumbar hernia: report of a case and extensive review of the literature. *Surg Endosc*. 2013;27(9):3421–3429. <https://doi.org/10.1007/s00464-013-2884-9>.
40. van Steensel S, Bloemen A, van den Hil LCL, van den Bos J, Kleinrensink GJ, Bouvy ND. Pitfalls and clinical recommendations for the primary lumbar hernia based on a systematic review of the literature. *Hernia*. 2019;23(1):107–117. <https://doi.org/10.1007/s10029-018-1834-9>.
41. Ganesan G, Mecheri Antony A. A Rare Case of Grynfeldt-Lesshaft Hernia in an Elderly Patient. *Cureus*. 2025;17(4):e82517. <https://doi.org/10.7759/cureus.82517>.
42. Peethambaran MS, Rajendran RR, Murthy NG. Totally Extraperitoneal Repair of Grynfeldt's Hernia: Easy Solution for a Rare Problem. *Cureus*. 2024;16(11):e74743. <https://doi.org/10.7759/cureus.74743>.
43. Shankar A, Selvaraj K, Kumar P, Pattabi S. Sandwiching a Lumbar Hernia: A Case Report. *Cureus*. 2024;16(10):e71590. <https://doi.org/10.7759/cureus.71590>.
44. Ramesh AA, Chandran M, Sundar M, Christina EP, Kannadasan K. Imaging Diagnosis of a Lumbar Hernia: A Rare and Challenging Presentation. *Cureus*. 2024;16(9):e69130. <https://doi.org/10.7759/cureus.69130>.

**Вклад авторов:**

Концепция статьи – **Б.В. Болдин, В.Ю. Богачев, Н.О. Сомов, Г.А. Варич**

Концепция и дизайн исследования – **Б.В. Болдин, В.Ю. Богачев, Н.О. Сомов, Г.А. Варич, В.А. Мирзонов**

Написание текста – **Н.О. Сомов**

Сбор и обработка материала – **Н.О. Сомов**

Обзор литературы – **Н.О. Сомов**

Анализ материала – **Б.В. Болдин, В.Ю. Богачев, Н.О. Сомов, Г.А. Варич, В.А. Мирзонов**

Утверждение окончательного варианта статьи – **Б.В. Болдин**

**Contribution of authors:**

Concept of the article – **Boris V. Boldin, Vadim Yu. Bogachev, Nikita O. Somov, Georgiy A. Varich**

Study concept and design – **Boris V. Boldin, Vadim Yu. Bogachev, Nikita O. Somov, Vladislav A. Mirzonov**

Text development – **Nikita O. Somov**

Collection and processing of material – **Nikita O. Somov**

Literature review – **Nikita O. Somov**

Material analysis – **Boris V. Boldin, Vadim Yu. Bogachev, Nikita O. Somov, Georgiy A. Varich, Vladislav A. Mirzonov**

Approval of the final version of the article – **Boris V. Boldin**

**Информация об авторах:**

**Болдин Борис Валентинович**, д.м.н., профессор, профессор кафедры факультетской хирургии №2, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова; 117513, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1; [faculty\\_surgery@gmail.com](mailto:faculty_surgery@gmail.com)

**Сомов Никита Олегович**, к.м.н., ассистент кафедры факультетской хирургии № 1 Института хирургии, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова; 117513, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1; [nikitasomer@gmail.com](mailto:nikitasomer@gmail.com)

**Богачев Вадим Юрьевич**, д.м.н., профессор, хирург-флеболог, профессор кафедры хирургии факультета усовершенствования врачей, руководитель курса амбулаторной и эстетической флебологии, Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского; 129110, Россия, Москва, ул. Щепкина, д. 61/2, корп. 1; [vadim.bogachev63@gmail.com](mailto:vadim.bogachev63@gmail.com)

**Варич Георгий Александрович**, к.м.н., доцент, кафедра факультетской хирургии №2, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова; 117513, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1; хирург, заместитель главного врача по хирургии, Химкинская областная больница; 141407, Россия, Московская обл., Химки, Куркинское шоссе, д. 11; [geravarich@mail.ru](mailto:geravarich@mail.ru)

**Мирзонов Владислав Александрович**, д.м.н., главный врач, Химкинская областная больница; 141407, Россия, Московская обл., Химки, Куркинское шоссе, д. 11

**Information about the authors:**

**Boris V. Boldin**, Dr. Sci. (Med.), Professor, Professor of the Department of Faculty Surgery No. 2, Pirogov Russian National Research Medical University; 1, Ostrovityanov St., Moscow, 117513, Russia; [faculty\\_surgery@gmail.com](mailto:faculty_surgery@gmail.com)

**Nikita O. Somov**, Cand. Sci. (Med.), Assistant at the Department of Faculty Surgery No. 1, Institute of Surgery, Pirogov Russian National Research Medical University; 1, Ostrovityanov St., Moscow, 117513, Russia; [nikitasomer@gmail.com](mailto:nikitasomer@gmail.com)

**Vadim Yu. Bogachev**, Dr. Sci. (Med.), Professor, Phlebologist-Surgeon, Professor of Department of Surgery, Faculty of Continuing Medical Education, Head of Outpatient and Aesthetic Phlebology Course, Moscow Regional Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirovsky; 61/2, Bldg. 1, Schepkin St., Moscow, 129110, Russia; [vadim.bogachev63@gmail.com](mailto:vadim.bogachev63@gmail.com)

**Georgiy A. Varich**, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Faculty Surgery No. 2, Pirogov Russian National Research Medical University; 1, Ostrovityanov St., Moscow, 117513, Russia; Surgeon, Deputy Chief Physician for Surgery, Khimki Regional Hospital; 11, Kurkinkskoe Shosse, Khimki, Moscow Region, 141407, Russia; [geravarich@mail.ru](mailto:geravarich@mail.ru)

**Vladislav A. Mirzonov**, Dr. Sci. (Med.), Chief Physician, Khimki Regional Hospital; 11, Kurkinkskoe Shosse, Khimki, Moscow Region, 141407, Russia