

Сучасні підходи до діагностики та лікування цервікогенного головного болю

А. Г. Черненко^{ID}

Харківський національний медичний університет, Україна

Ключові слова:

цервікогенний головний біль, тригеміно-цервікальна система, мануальна терапія, інтервенційні методи, діагностична блокада.

Запорізький медичний журнал.
2025. Т. 27, № 6(153).
С. 512-518

Мета роботи – здійснити систематизований огляд сучасної наукової літератури щодо цервікогенного головного болю (ЦГБ), висвітлити його епідеміологічні особливості та патофізіологічні механізми, узагальнити чинні підходи до діагностики й лікування, а також розробити поетапний алгоритм ведення пацієнтів з цією патологією.

Матеріали і методи. Здійснили систематизований пошук наукової літератури, що видана у періоді від січня 2021 до квітня 2025 року та індексується у наукометричних базах Google Scholar, PubMed, Clinical Key та Cochrane Library. Пошук здійснили за такими ключовими словами: цервікогенний головний біль, епідеміологія, цервікотригемінальна система, діагностичні критерії, фізична терапія, інтервенційні методи, хірургічне лікування. Аналізували відкриті повнотекстові статті, що відповідали принципам доказової медицини та стандартам PRISMA.

Результати. Здійснили систематизований огляд сучасної наукової літератури щодо епідеміології, патофізіології, діагностики та лікування ЦГБ. Акцент зроблено на аналізі діагностичних критеріїв, зокрема за класифікаціями ICHD-3 та CHISG, клінічному обстеженні, візуалізаційних методах (МРТ, КТ), а також ролі провокаційних тестів і терапевтичних блокад. Розглянуто сучасні діагностичні підходи, що поєднують клінічні ознаки та причинно-наслідкові зв'язки. Проаналізовано мультикомпонентні лікувальні стратегії – від фізіотерапії, мануальної терапії та фізичної терапії до інтервенційних методів (блокади, радіочастотна терапія), хірургічних втручань у рефрактерних випадках. Запропоновано поетапний діагностично-лікувальний алгоритм, що сприяє точнішій діагностиці й індивідуалізованому підходу до терапії ЦГБ, а отже відіграє важливу роль у покращенні якості життя пацієнтів.

Висновки. Поетапний мультимодальний підхід до діагностики та лікування ЦГБ дає змогу підвищити точність діагнозу й ефективність терапії. Впровадження клінічних алгоритмів, узгоджених з міжнародними критеріями, й індивідуалізована комбінація методів (від консервативних до інтервенційних, хірургічних) сприяють покращенню якості життя пацієнтів.

Keywords:

cervicogenic headache, trigeminocervical system, manual therapies, interventional techniques, diagnostic nerve block.

Zaporozhye Medical Journal.
2025;27(6):512-518

Modern approaches to the diagnosis and treatment of cervicogenic headache

A. H. Chernenko

The aim of this study is to provide a systematic review of the current scientific literature on cervicogenic headache (CGH), highlighting its epidemiological characteristics and pathophysiological mechanisms, summarizing contemporary approaches to diagnosis and treatment, and proposing a stepwise algorithm for patient management.

Materials and methods. A structured literature search was conducted from January 2021 to April 2025 using the databases Google Scholar, PubMed, Clinical Key, and the Cochrane Library. The following search terms were used: cervicogenic headache, epidemiology, cervicotrigeminal system, diagnostic criteria, physical therapy, interventional techniques, and surgical treatment. Only open-access, full-text articles meeting the PRISMA standards and basic clinical relevance were included.

Results. A systematized overview of recent literature on the epidemiology, pathophysiology, diagnosis, and treatment of CGH is presented. Particular attention is given to the analysis of diagnostic criteria, especially those outlined in the ICHD-3 and CHISG classifications, clinical examination, imaging modalities (MRI, CT), and the role of provocation tests and therapeutic nerve blocks. Modern diagnostic strategies integrating clinical features with causality assessments are discussed. The review evaluates multimodal treatment strategies ranging from physiotherapy, manual and physical therapy to interventional methods (nerve blocks, radiofrequency therapy) and interventional procedures for refractory cases. A stepwise diagnostic and therapeutic algorithm is proposed to improve diagnostic accuracy and facilitate a personalized approach to CGH management, ultimately enhancing patients' quality of life.

Conclusions. A structured, multimodal approach to the diagnosis and management of CGH enhances diagnostic precision and therapeutic outcomes. The implementation of evidence-based clinical algorithms in accordance with international guidelines, combined with individualized selection of therapeutic modalities, from conservative to interventional and surgical, contributes to improved patient outcomes and quality of life.

Зв'язок між головним болем і патологією в ділянці шиї добре відомий. Уперше у 1926 році його описав французький невролог Барре терміном «задній шийний симпатичний синдром». Втім, цервікогенний головний біль (ЦГБ) як окремих тип головного болю, що посилюється при рухах голови та шиї, вперше визначив норвезький невролог Ottar Sjaastad на початку 1980-х років [1]. У 1998 році створено Міжнародну дослідницьку групу з цервікогенного головного болю (Cervicogenic Headache International Study Group, CHISG). ЦГБ офіційно визначено як окремих патологічний стан і включено до другого видання класифікації головного болю Міжнародного товариства головного болю у 2004 році [2].

Проте, досі тривають наукові дискусії щодо діагностики цервікогенних головних болів і того, чи є вони окремим захворюванням чи синдромом. Це обґрунтовано широким спектром клінічних проявів і факторів, що призводять до розвитку головного болю, складнощами диференційної діагностики та різноманітністю лікувальних стратегій.

Мета роботи

Здійснити систематизований огляд сучасної наукової літератури щодо ЦГБ, висвітлити його епідеміологічні особливості та патофізіологічні механізми, узагальнити чинні підходи до діагностики й лікування, а також розробити поетапний алгоритм ведення пацієнтів з цією патологією.

Матеріали і методи дослідження

Здійснили комплексний пошук наукових робіт, що опубліковані в період від січня 2021 до квітня 2025 року та висвітлюють етіопатогенез, методики діагностики, ефективність мануальної, фізичної терапії, перкутанних інтервенційних методик і хірургічних втручань при ЦГБ. Пошук здійснили у наукометричних базах даних [Google Scholar](#), [PubMed](#), [Clinical Key Elsevier](#), [Cochrane Library](#). Ключові слова, за якими добивали наукові публікації для дослідження, включали: цервікогенний головний біль, епідеміологія, цервікотригемінальна система, діагностичні критерії, фізична терапія, інтервенційні методи, хірургічне лікування.

До аналізу залучали статті, що відповідали таким критеріям: наведено сучасні відомості щодо патофізіології та стратегій лікування ЦГБ, дослідження здійснено відповідно до ключових засад доказової медицини, відкритий доступ по повнотекстової версії.

Огляд літератури підготовлено відповідно до настанов PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) [3].

Результати

Цервікогенний головний біль – самостійна вторинна форма головного болю. Міжнародна класифікація головних болів (МКГБ) визначає ЦГБ як «головний біль, спричинений патологією шийного відділу хребта та його складових кісткових, дискових та/або м'якотканинних елементів, який зазвичай, але не завжди, супроводжується болем у шиї» [4].

Поширеність цього виду головного болю становить від 15 % до 20 % від усіх головних болів [5]. Дані щодо поширеності ЦГБ значно варіюють – від 0,4 % до 42,0 % [6]. Пояснюємо це тим, що дослідження поширеності здійснювали на гетерогенних популяціях пацієнтів, застосовано різні методології та діагностичні критерії [7]. У загальній популяції цервікогенний головний біль має оцінену поширеність від 0,4 % до 2,5 %, частіше виникає у жінок. Середній вік звернення становить 42,9 року, середня тривалість симптомів – 6,8 року. Поширеність ЦГБ зростає у когорті осіб віком понад 50 років.

Зміни способу життя вплинули на частоту виявлення ЦГБ в останні роки. Тривале сидіння в неправильній позі може збільшити ризик головного болю, оскільки тривалі статичні навантаження можуть спричинити м'язовий дисбаланс, скутість суглобів і спричинити формування тригерних точок. Це призводить до посилення напруження та болю в м'язах шиї. ЦГБ може суттєво впливати на повсякденне життя та роботу пацієнтів, спричиняючи зниження продуктивності та якості життя [6].

Найпоширеніше джерело ЦГБ – патологічні зміни у верхніх шийних сегментах хребта. Відомо, що СII спинномозковий нерв бере участь в іннервації коротких м'язів субокципітального трикутника. Аферентація від медіальних і латеральних атланта-аксіальних суглобів, певних м'язів шиї (превертебральних, грудино-ключично-соскоподібних, трапецієподібних, напівостистих), твердої мозкової оболонки задньої черепної ямки надходить у задні роги спинного мозку по вихідних волокнах з гангліїв СII сегмента. В результаті висхідних проєкцій ноцицептивна імпульсація з трьох верхніх шийних сегментів конвергує з ядерним комплексом трійчастого нерва. Функціональний зв'язок нейронів задніх рогів CI–CIII з каудальним ядром трійчастого нерва є основою тригеміно-цервікального комплексу, активація якого спричиняє ЦГБ. При больовій стимуляції великого потиличного нерва також збільшується нейрональна активність у тригеміно-цервікальному комплексі та активуються нейрони каудального ядра трійчастого нерва. Нині вважають, що зміни в структурах, які отримують іннервацію від перших трьох шийних сегментів, лежать в основі розвитку ЦГБ. Отже, джерелом ЦГБ можуть бути атланта-аксіальні та атланта-окципітальні суглоби, їхні зв'язки та сухожилля; СII–CIII та CIII–CIV фасеткові суглоби; СII–CIII міжхребцевий диск, субокципітальний, нижній задній шийний, нижній превертебральний шийний, трапецієподібний, грудино-ключично-соскоподібний м'язи, хребцеві артерії. Больова імпульсація від цих структур первинно передається волокнами задніх корінців сегментів CI–CIII [8].

ЦГБ має різні прояви, зокрема тому, що шийна причина цього виду головного болю неоднорідна. Пацієнти зазвичай мають скарги на постійний, тупий, неппульсуючий біль у шиї, головний біль у потилиці на боці болю в шиї, хоча з часом може прогресувати до двобічного. Зазвичай ЦГБ потиличний, але повідомляли також про періорбітальне, скроневе, лобне та тім'яне поширення. Болючість міофасціальних тригерних точок виявляють в іпсилатеральній субокципітальній ділянці, шиї та надпліччях, більше на боці ураження. При їх стимуляції може виникати головний біль [9]. Є дані про корінцеві симптоми на боці головного болю та сенсорну дисфунк-

Таблиця 1. Діагностичні критерії цервікогенного головного болю за МКГБ-3, 2018

A	Будь-який головний біль, що відповідає критерію C.
B	Клінічні, лабораторні та/або візуалізаційні докази захворювання або ураження шийного відділу хребта або м'яких тканин шиї, що відомі, як ті, що можуть спричиняти головний біль.
C	Докази причинно-наслідкового зв'язку, що підтверджуються принаймні двома з таких ознак: 1. Головний біль виник у часовому зв'язку з початком захворювання шийного відділу хребта або ураженням; 2. Головний біль значно покращився або зник паралельно з покращенням, зникненням захворювання або ураження шийного відділу хребта; 3. Діапазон рухів шийного відділу хребта зменшується, а головний біль значно посилюється провокаційними маневрами; 4. Головний біль зникає після діагностичної блокади структур шиї чи нервових утворень.
D	Не може бути краще пояснений іншим діагнозом МКГБ-3.

Таблиця 2. Діагностичні критерії цервікогенного головного болю за CHISG (Sjaastad and Fredriksen, 2000)

I	Симптоми та ознаки ураження шиї.
A	А. Виникнення головного болю, подібного до звичайного. 1. Внаслідок руху шиї та/або тривалого незручного положення голови та/або 2. Внаслідок зовнішнього тиску на верхню шийну або потиличну ділянку на боці симптоматики.
B	Обмеження обсягу рухів у шиї.
C	Іпсилатеральний біль у шиї, плечі або руці досить невизначеного нерадикального характеру або, іноді, біль у руці радикального характеру.
II	Підтверджувальні докази, отримані за допомогою діагностичних анестезувальних блокад.
III	Односторонній головний біль, без зміни боку.

Важливі уточнення, додані до діагностичних критеріїв: пункт 1А є достатнім як єдиний критерій для діагнозу, а пункти 1В та 1С – ні; попередньо, комбінація 1В та 1С є задовільною; «односторонність з двох боків» може бути прийнятною.

цію потиличної шкіри голови, коли ЦГБ супроводжується ураженням великого потиличного нерва. ЦГБ може бути одно- та двобічним, із болем у шиї, надпліччях та без нього, перетинатися з іншими первинними головними болями [10].

Визначення та діагностичні критерії. Розрізняють три загальні підходи до діагностики цервікогенних головних болів. Перший ґрунтується на виявленні клінічних ознак, другий – на встановленні шийного джерела головного болю. Останніми роками більш поширеним є третій підхід, що передбачає використання різних методик лікування патологій шийного відділу хребта, які сприяють полегшенню головного болю; цим і підтверджують діагноз ЦГБ. ЦГБ підтверджують у пацієнта за наявності певних клінічних ознак, у разі встановлення цервікального походження болю та ідентифікації джерел больової імпульсатії.

У повсякденній клінічній практиці медичні працівники використовують кілька діагностичних класифікацій, як-от 3 видання МКГБ (МКГБ-3) [4] та класифікація Міжнародної дослідницької групи з цервікогенного головного болю [1]. Головна мета цих діагностичних класифікацій – диференціація мігрені та ЦГБ, що ускладнюється схожістю ознак і симптомів, особливо в разі хронізації головного болю [11, 12].

Міжнародне товариство головного болю класифікує ЦГБ у розділі 11 МКГБ-3, до якого належить «Головний біль або біль у ділянці обличчя, пов'язаний із захворюванням черепа, шиї, очей, вух, носа, пазух, зубів, рота або інших структур обличчя чи шиї». ЦГБ описаний у підрозділі 11.2 «Головний біль, пов'язаний із захворю-

ванням шиї» [4].

Визначення цервікогенного головного болю є переважно клінічним. Фахівці Міжнародного товариства головного болю визначили три діагностичні критерії для ЦГБ, що наведені в таблиці 1 [4].

Міжнародна дослідницька група з цервікогенного головного болю (CHISG) також рекомендувала діагностичні критерії для ЦГБ, що є більш специфічними. Ці критерії наведені в таблиці 2 [1].

У критичному огляді, що порівнював обидва діагностичні критерії ЦГБ, Ottar Sjaastad дійшов висновку, що критерії Міжнародного товариства головного болю, хоча й покращені порівняно з попереднім (другим) виданням [2], проте все ще не є беззаперечною основою для діагностики ЦГБ. Автор вважає, що критерії CHISG краще сформульовані для діагностики ЦГБ [13]. В останні роки здійснюють дослідження, спрямовані на визначення джерела виникнення болю при ЦГБ. Відомо, що оптимальний діагностичний метод має бути неінвазивним, аби бути максимально корисним в амбулаторних клініках.

Традиційний і найбільш доказовий нині метод підтвердження джерела ноцицепції – виконання контрольованих місцевих анестезувальних блокад на ймовірних рівнях ураження шийного відділу хребта. Якщо після блокад визначають істотне полегшення болю, це підтверджує джерело ноцицепції. Втім, такі блокади мають бути виконані під ультразвуковим або рентгенологічним контролем. Крім того, виконання блокад на потиличному (О–С1) та атлантаоксіальному (С1–2) рівнях асоційоване зі значним ризиком пошкодження хребетної артерії та дорзальних корінцевих гангліїв С2 і С3 спинномозкових нервів.

Встановлено, що діагностичні блокади мали 75 % позитивний результат під час встановлення джерела ноцицепції, запропоновано протокол для зменшення ускладнень. Оскільки найпоширенішим джерелом ЦГБ є суглоб С2–С3 (62 %), далі – суглоби С1–С2 (7 %) та С3–С4 (6 %), рекомендовано починати діагностичні алгоритми з дослідження суглоба С2–С3, який є також відносно менш ризикованим для втручання порівняно з суглобом С1–С2 [14].

Продовжують дослідження щодо неінвазивних діагностичних методів. Науковці докладають зусиль для визначення критеріїв для клінічної діагностики ЦГБ без інвазивних блокад. Знижений обсяг рухів шийного відділу хребта як ізолюваний критерій, хоча й характерний для захворювань шийного відділу хребта, але не має діагностичної чутливості та специфічності.

Jull G. et al. виявили, що схема з трьох фізичних ознак, а не однієї, може краще ідентифікувати дисфункцію шиї, пов'язану з ЦГБ. Зокрема, йдеться про зменшений обсяг рухів шийного відділу хребта, що визначений за допомогою розгинання шийного відділу хребта, болюча дисфункція верхніх шийних суглобів, встановлена за допомогою клінічного мануального обстеження, та порушення функції шийних м'язів, оцінене за допомогою тесту краніоцервікального згинання [9].

Getsoian S. L. et al. визначили валідність цієї схеми ознак ураження шийного опорно-рухового апарату для виявлення шийного джерела болю голови та шиї, використовуючи контрольовані діагностичні блокади.

Дослідники встановили, що за однією ознакою дисфункції шиї неможливо передбачити реакцію на діагностичні блокади шийного відділу хребта. Використання «патерну» з трьох ознак ураження шийного опорно-рухового апарату може покращити клінічні діагностичні критерії цервікогенного головного болю й ефективніше діагностувати джерело болю в шиї, який зазвичай пов'язаний із мігренню та головним болем напруження [15].

Доведено, що кваліфіковане фізичне обстеження може ідентифікувати та диференційно діагностувати цервікогенний головний біль. Провідною ознакою при цьому є виявлення відомої картини опорно-рухової дисфункції – комбінації порушень рухової, суглобової, м'язової функції та відтворення характерного головного болю за допомогою мобілізації суглобів верхнього шийного відділу хребта [16].

Беручи до уваги результати цих досліджень, рекомендують комбінований підхід до діагностики, який передбачає ретельне врахування клінічних критеріїв, оцінювання причинно-наслідкового зв'язку та відповіді на лікування, аби якнайточніше діагностувати цервікогенний головний біль. Цей діагностичний алгоритм поєднує найбільш релевантні та специфічні клінічні ознаки, викладені в CHISG, рекомендації щодо причинно-наслідкових зв'язків, за критеріями МКГБ-3, і відповідь на валідовані варіанти лікування.

Згідно з CHISG, характерний головний біль, що спричинений рухом шиї та/або стійким незручним положенням голови та/або зовнішнім тиском на верхню шийну або потиличну ділянку з симптоматичного боку, є достатнім для встановлення діагнозу ЦГБ. Наведено також, що поєднання обмеження діапазону рухів у шиї, характерного іпсилатерального болю в шиї, плечі або руці та однобічності головного болю на початку симптомів підтверджує діагноз ЦГБ. У рекомендаціях CHISG зазначено, що поєднання цих клінічних ознак має бути підтверджене діагностичними анестезіологічними блокадами. Втім, якщо надавати пріоритет неінвазивним заходам, діагностичні анестезіологічні блокади можуть бути не обов'язковими для встановлення початкових клінічних діагностичних критеріїв, виконати їх можна дещо пізніше.

Згідно з рекомендаціями CHISG, наведені клінічні аспекти можуть бути достатніми для встановлення діагнозу, але за критеріями МКГБ-3 необхідними є додаткове підтвердження причинно-наслідкового зв'язку та виключення іншої патології. Отже, якщо клінічні критерії відповідають критеріям CHISG, а прояв не можна пояснити краще альтернативним діагнозом МКГБ-3, алгоритм переходить до встановлення причинно-наслідкового зв'язку, зокрема шляхом введення критерію В, потім – критеріїв С1 та С2, тобто двох клінічних ознак, що допомагають встановити причинно-наслідковий зв'язок і не враховані в рекомендаціях CHISG.

На цьому етапі до алгоритму обстеження здійснюють лабораторні дослідження для виключення альтернативних системних джерел болю, застосовують візуалізаційні методи для дослідження голови та шиї – магнітно-резонансну томографію (МРТ) або комп'ютерну томографію (КТ).

За допомогою структурної візуалізації, а саме МРТ, однофотонної емісійної КТ можна діагностувати дегене-

рацію диска, компенсаторне потовщення заднього зв'язкового комплексу, компресію твердої мозкової оболонки або корінців нервів, стеноз спинномозкового каналу та артропатію фасеткових суглобів [17]. Візуалізація допомагає також виключити джерела болю, що можуть потребувати альтернативного втручання, як-от розширення хребетної артерії, аневризму або мієлопатію.

Оцінювання найважливіших клінічних ознак за CHISG, а також встановлення причинно-наслідкового зв'язку за МКГБ-3 дають підстави припустити ЦГБ, що потребує поетапного втручання з пріоритетом для найбільш неінвазивних варіантів лікування. Для підтвердження діагнозу ЦГБ надалі алгоритм пропонує методи терапевтичних діагностичних блоkad. Значне покращення болю або повне зникнення остаточно підтверджує ЦГБ.

Цей діагностичний алгоритм забезпечує більш практичний та поетапний підхід до діагностики цервікогенних головних болів, які доволі часто складно відрізнити від альтернативних джерел болю, – первинних головних болів, альтернативних вторинних головних болів або неврологічних захворювань, що не пов'язані з головним болем. Спочатку алгоритм встановлює чіткі клінічні критерії, що враховують найбільш перевірені симптоми ЦГБ, і пріоритет надано ознакам, що мають вищий ступінь специфічності для ЦГБ. Після цього здійснюють ретельне оцінювання причинно-наслідкового зв'язку, відповідно до консенсусних критеріїв МКГБ-3. Цей крок часто потребує здійснення лабораторних досліджень і візуалізації, аби виключити альтернативні причини та, можливо, встановити джерело болю в шийному відділі хребта. Тільки після встановлення відповідності цим критеріям пропонують терапевтичні діагностичні методи [18].

Диференційна діагностика. Такі захворювання, як розширення хребцевої артерії, пухлина задньої черепної ямки, розсіяний склероз або ретрофарингеальний абсцес, можуть мати схожі на ЦГБ симптоми, але пов'язані прояви, як-от осередкові неврологічні ознаки, лихоманка, менінгізм і гострота зору, дають змогу чітко відрізнити їх від ЦГБ. Інші неврологічні стани, які слід враховувати під час діагностики ЦГБ, включають потиличну невралгію та цервікальну дистонію.

Розширення хребцевої артерії – важливий диференціальний діагноз, що слід брати до уваги при цервікогенному головному болю. Екстракраніальні або внутрішньочерепні розширення можуть виявлятися гострим сильним однобічним болем у голові та шиї, зазвичай іпсилатерально до боку розширення, що асоційований з осередковими неврологічними симптомами. Розширення вертебробазиллярних артерій характеризується шийним і потиличним болем, що імітує ЦГБ. Постійний головний біль і біль у шиї може виникати у майже 20 % пацієнтів при диссекції хребцевої артерії [19].

Потилична невралгія характеризується одно- або двобічним сильним пароксизмальним стріляючим, колючим або різким болем у потилиці. Біль пов'язаний з алодінією та болючістю при натисканні на ділянку проєкції великого або малого потиличних нервів. Великий потиличний нерв уражається найчастіше (90 %) порівняно з пацієнтами з меншим ураженням потиличного

нерва та рідкісним ураженням третього потиличного нерва (10 %). Блокада потиличного нерва може сприяти тривалому полегшенню потиличної невралгії; показано також, вона полегшує і мігрень, і ЦГБ [20].

Болі у ший та голові притаманні цервікальний дистонії. Для цієї патології характерний біль у ший, що локалізується в місці розташування дистонічного м'яза, або погіршується, розвивається приблизно під час цервікальної дистонії та покращується зі зменшенням цервікальної дистонії [21,22].

Лікувальні стратегії. Доведено ефективність мультимодального підходу, що поєднує медикаментозну та нефармакологічну терапію: фізичні вправи, маніпуляції з хребтом і м'якотканинні мануальні терапевтичні техніки. Варіанти лікування можуть також включати перкутанні інтервенційні процедури, включаючи анестезіологічні блокади й імпульсну радіочастотну терапію для цілеспрямованого знеболювання, а хірургічне втручання доцільне лише у тяжких випадках [23]. До першої лінії терапії належать консервативні методи лікування.

Спинальна мануальна терапія – перспективний нефармакологічний підхід до лікування ЦГБ. Fernandez M. et al. здійснили систематичний огляд і метааналіз застосування цього методу при ЦГБ та дійшли висновку, що спинальна мануальна терапія сприяє значному швидкому полегшенню болю у ший, зниженню частоти й інтенсивності ЦГБ. Втім, віддалений вплив спинальної мануальної терапії не був значущим [24].

Крім того, інші методи, як-от релаксація субокципітальних м'язів, ішемічна компресія, стійке природне апофізарне ковзання Маллігана (Sustained Natural Apophyseal Glides, SNAG) та мобілізація хребців, також досліджували в аспекті їхніх терапевтичних переваг під час лікування ЦГБ. Raquin J. P. et al. досліджували ЦГБ, що виникає внаслідок патологічних змін в атлантаоксіальних суглобах C1–C2. Обмеження рухів у шийному відділі хребта оцінювали за допомогою тесту згинання-ротації, який є специфічним для цих суглобів. Досліджували також ефект мобілізації з обертанням C1–C2 методом стійких природних апофізарних ковзань (SNAG) і вправ на самостійне обертання SNAG для пацієнтів із ЦГБ. Мобілізація SNAG у поєднанні із вправою на самостійне SNAG призвела до зменшення інтенсивності та частоти ЦГБ. Це також сприяло покращенню когнітивно-афективного аспекту болю [25].

Відновлення довжини м'язового саркомера та міофасціальний реліз – ще один перспективний підхід до лікування ЦГБ. Спрямований на м'які тканини, міофасціальний реліз може зменшити біль і покращити функціональні результати, впливаючи на міофасціальні елементи, що відіграють роль у патофізіології головного болю. Відновлюючи довжину та цілісність фасціальної тканини, міофасціальний реліз може полегшити біль, зменшуючи навантаження на чутливі структури – кровоносні судини та нерви в цій ділянці. Ці результати збігаються з даними попередніх досліджень, що вказують на міофасціальну дисфункцію та дисфункцію верхніх шийних суглобів як ключових чинників, які призводять до розвитку ЦГБ [26,27].

У пацієнтів із ЦГБ часто виявляють слабкість глибоких м'язів-згиначів ший, що мають ключове значення для стабільності ший. Результати досліджень підтвер-

дили, що вправи на шийно-краніальне згинання, які передбачають контрольовані рухи згинання ший, можуть бути ефективнішими в лікуванні хронічного болю в ший, порівняно із вправами, що включають опорне згинання ший. Це підтверджує потенціал вправ на шийно-краніальне згинання для покращення функції та потенційного зменшення болю в пацієнтів із ЦГБ. Зауважимо, що програма зміцнення, яку використали, ґрунтувалася на результатах досліджень, до яких були залучені жінки з хронічним болем у ший. Ця програма була ефективною і при ЦГБ, і при постійному болю в ший. Підсумовано, що регулярні лікувальні індивідуально призначені фізичні вправи сприяють зменшенню болю та покращенню функціонального стану пацієнтів із ЦГБ [27,28].

Акупунктура доцільна в пацієнтів, які віддають перевагу нефармакологічним методам лікування, оскільки зменшує біль і покращує функціональність. За результатами рандомізованих контрольованих досліджень, поєднання маніпуляцій із шийним відділом хребта, акупунктури та вправ є ефективнішим, ніж лише мобілізація [29].

До другої лінії терапії належать інтервенційні методи. Ін'єкції анестетиків або стероїдів у великі потиличні нерви можуть сприяти тимчасовому полегшенню болю та є діагностичним інструментом. Найпоширеніші інтервенційні методи лікування – місцеві анестезувальні блокади великого потиличного, малого потиличного нервів і зірчастого ганглія (рідше). Згідно з висновками окремих досліджень, блокади великого потиличного нерва ефективні та безпечні під час лікування ЦГБ. Встановлено, що пацієнти зазвичай добре переносять блокади великого потиличного нерва, це недорога та повторювана процедура. Разом із тим, необхідні більш масштабні та рандомізовані дослідження [30].

Порівнювали ефект блокади великого потиличного нерва з блокадою спинномозкових гілок C2/C3 у 28 пацієнтів з ЦГБ і дійшли висновку, що обидві блокади однаково ефективні. Не виявлено значущої різниці між двома групами за частотою болю або ступенем болю, крім частоти болю першого тижня після першої терапевтичної блокади, що була значно знижена в групі C2/C3 [20,30]. Позитивний ефект ін'єкцій у фасеткові суглоби C1–C2, C2–C3 для лікування ЦГБ підтверджено у кількох дослідженнях. Істотне зниження середньої інтенсивності болю зафіксовано відразу після ін'єкції [31].

Для пацієнтів з ЦГБ, стан яких не поліпшився після наведених втручань, або для тих, хто має тяжкий або рефрактерний ЦГБ, імпульсна радіочастотна абляція може бути наступним варіантом лікування. Метод радіочастотної абляції передбачає руйнування нервових волокон за допомогою радіочастотної енергії, що може сприяти тривалому знеболенню при ЦГБ. Багато лікарів проводили імпульсну радіочастотну терапію на верхніх шийних структурах (ганглії дорсального корінця C2, атлантаоксіальний суглоб, великий або малий потиличний нерв) і отримали позитивні результати. Разом із тим, ця методика асоційована з ризиком ускладнень через близькість анатомічних структур – нервових корінців і хребтної артерії [32]. Park M. S. et al. вивчали клінічну ефективність і безпеку імпульсної радіочастотної терапії, спрямованої на середньо-шийні медіальні гілки [33]. Ця методика дала змогу уникнути ризику пошкодження

дорсальних нервових корінців або ганглію, а головне – хребетної артерії. Автори дійшли висновку, що вплив на середньо-шийні медіальні гілки може бути безпечнішим терапевтичним підходом.

Хірургічні методи лікування належать до третьої лінії терапії. Їх виконують при структурних змінах у шийному відділі хребта, коли виявлено мієлопатію, радікулопатію. Вони сприяють декомпресії нервів і хребетних структур.

Повідомляли про досягнуте значне покращення перебігу ЦГБ після операції з декомпресії шийного відділу хребта. Головне показання до операції в таких дослідженнях – компресійна мієлопатія шийного відділу хребта та/або радікулопатія з компресійною мієлопатією як одним із симптомів. Pang X. et al. обстежили 166 пацієнтів, яким виконали передню шийну дискотомію та спондилодез. Дослідники оцінювали частоту компресійної мієлопатії шийного відділу хребта та/або радікулопатії, що становила 30 % випадків ЦГБ у цій групі. Передня шийна дискотомія та спондилодез сприяли полегшенню супутнього ЦГБ у всіх випадках, крім болю в шиї, в дослідженій когорті пацієнтів [34].

Lombardi J. M. et al. здійснили пост-хок аналіз проспективного, багаточентрового, рандомізованого дослідження Управління з контролю за харчовими продуктами та лікарськими засобами США (FDA) для визначення ефективності дворівневої передньої шийної дискотомії та спондилодезу або ендопротезування шийного диска щодо полегшення ЦГБ через 10 років [35]. За результатами 10-річного спостереження, лише 16,8 % пацієнтів мали сильний головний біль порівняно з 88,5 % у доопераційному періоді. На підставі цих даних зробили висновок, що артропластика, передня шийна дискотомія та спондилодез часто ефективні для полегшення ЦГБ. Зіставні дані отримали S. Yabuki et al., які зафіксували частоту ЦГБ на рівні 31 % у пацієнтів із цервікальною спондилогенною мієлопатією, а 43 % пацієнтів зі спондилогенною мієлопатією повідомили, що головний біль зник після декомпресійної операції [36].

Висновки

1. Цервікогенний головний біль виникає внаслідок різноманітних структурних і функціональних змін шийного відділу хребта. Його своєчасна і точна діагностика має ключове значення для призначення оптимального лікування. Найефективніший підхід до діагностики ЦГБ – поєднання клінічного оцінювання (за критеріями CHISG і МКГБ-3), візуалізаційних досліджень (МРТ, КТ), а також провокаційних тестів і терапевтичних діагностичних блокувань.

2. Лікування ЦГБ має бути поетапним і багаторівневим. Консервативна терапія – метод першої лінії, включає фізичні вправи, мануальні техніки, міофасціальний реліз, мобілізації SNAG і краніоцервікальні вправи. Ці методи сприяють зменшенню болю, поліпшенню функції шийного відділу та підвищенню якості життя пацієнтів.

3. Якщо консервативне лікування не ефективне, доцільне застосування інтервенційних методів – блокувань потиличного нерва, фасеткових суглобів або імпульсної радіочастотної терапії. Хірургічне втручання визначають як останній крок, переважно при структурній компресії з неврологічним дефіцитом.

4. Систематичне застосування клінічного алгоритму діагностики та покроковий вибір методів лікування, враховуючи ступінь тяжкості симптомів і реакції на терапію, формують персоналізований і ефективний підхід до ведення пацієнтів із ЦГБ.

Фінансування

Дослідження здійснено без фінансової підтримки.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: author has no conflict of interest to declare.

Надійшла до редакції / Received: 31.07.2025

Після доопрацювання / Revised: 18.09.2025

Схвалено до друку / Accepted: 26.09.2025

Відомості про автора:

Черненко А. Г., PhD, асистент каф. неврології та дитячої неврології, Навчально-науковий інститут післядипломної освіти, Харківський національний медичний університет, Україна.

ORCID ID: 0000-0002-3657-5039

Information about the author:

Chernenko A. H., MD, PhD, Assistant of the Department of Neurology and Pediatric Neurology, Educational and Research Institute of Postgraduate Education, Kharkiv National Medical University, Ukraine.



Анна Черненко (Anna Chernenko)

a.ch.neurologist@gmail.com

References

- Antonaci F, Fredriksen TA, Sjaastad O. Cervicogenic headache: clinical presentation, diagnostic criteria, and differential diagnosis. *Curr Pain Headache Rep.* 2001;5(4):387-92. doi: [10.1007/s11916-001-0030-1](https://doi.org/10.1007/s11916-001-0030-1)
- Olesen J. Preface to the Second Edition. *Cephalalgia.* 2004;24(1_suppl):9-10. doi: [10.1111/j.1468-2982.2003.00824.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2003.00824.x)
- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021;372:n71. doi: [10.1136/bmj.n71](https://doi.org/10.1136/bmj.n71)
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia.* 2018;38(1):1-211. doi: [10.1177/0333102417738202](https://doi.org/10.1177/0333102417738202)
- Vincent MB. Cervicogenic headache: the neck is a generator: con. *Headache.* 2010;50(4):706-9. doi: [10.1111/j.1526-4610.2010.01643.x](https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2010.01643.x)
- Xu Y, Gao Y, Jiang L, Wu L, Yin J, Yang Z, et al. Global trends in research on cervicogenic headache: a bibliometric analysis. *Front Neurol.* 2023;14:1169477. doi: [10.3389/fneur.2023.1169477](https://doi.org/10.3389/fneur.2023.1169477)
- Sjaastad O. Cervicogenic headache: comparison with migraine without aura; Vågå study. *Cephalalgia.* 2008;28 Suppl 1:18-20. doi: [10.1111/j.1468-2982.2008.01610.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2008.01610.x)
- Al-Khazali HM, Krøll LS, Ashina H, Melo-Carrillo A, Burstein R, Amin FM, et al. Neck pain and headache: Pathophysiology, treatments and future directions. *Musculoskelet Sci Pract.* 2023;66:102804. doi: [10.1016/j.msksp.2023.102804](https://doi.org/10.1016/j.msksp.2023.102804)
- Jull G. Cervicogenic headache. *Musculoskelet Sci Pract.* 2023;66:102787. doi: [10.1016/j.msksp.2023.102787](https://doi.org/10.1016/j.msksp.2023.102787)
- Verma S, Tripathi M, Chandra PS. Cervicogenic Headache: Current Perspectives. *Neurol India.* 2021;69(Supplement):S194-8. doi: [10.4103/0028-3886.315992](https://doi.org/10.4103/0028-3886.315992)
- Anarte-Lazo E, Carvalho GF, Schwarz A, Luedtke K, Falla D. Differentiating migraine, cervicogenic headache and asymptomatic individuals based on physical examination findings: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord.* 2021;22(1):755. doi: [10.1186/s12891-021-04595-w](https://doi.org/10.1186/s12891-021-04595-w)
- Demont A, Lafrance S, Benaissa L, Mawet J. Cervicogenic headache, an easy diagnosis? A systematic review and meta-analysis of diagnostic studies. *Musculoskelet Sci Pract.* 2022;62:102640. doi: [10.1016/j.msksp.2022.102640](https://doi.org/10.1016/j.msksp.2022.102640)
- Fredriksen TA, Antonaci F, Sjaastad O. Cervicogenic headache: too important to be left un-diagnosed. *J Headache Pain.* 2015;16:6. doi: [10.1186/1129-2377-16-6](https://doi.org/10.1186/1129-2377-16-6)

14. Govind J, Bogduk N. Sources of Cervicogenic Headache Among the Upper Cervical Synovial Joints. *Pain Med.* 2022;23(6):1059-65. doi: [10.1093/pm/pnaa469](https://doi.org/10.1093/pm/pnaa469)
15. Getsioan SL, Gulati SM, Okpareke I, Nee RJ, Jull GA. Validation of a clinical examination to differentiate a cervicogenic source of headache: a diagnostic prediction model using controlled diagnostic blocks. *BMJ Open.* 2020;10(5):e035245. doi: [10.1136/bmjopen-2019-035245](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035245)
16. Cummins D, Rivett DA, Thomas LC, Osmotherly PG. Reproduction and resolution of familiar head pain with upper cervical spine sustained joint mobilization may help identify cervicogenic headaches: a case-control study. *J Man Manip Ther.* 2023;31(3):198-205. doi: [10.1080/10669817.2022.2099181](https://doi.org/10.1080/10669817.2022.2099181)
17. Jensen RK, Dissing KB, Jensen TS, Clausen SH, Arnbak B. The association between cervical degenerative MRI findings and self-reported neck pain, disability and headache: a cross-sectional exploratory study. *Chiropr Man Therap.* 2023;31(1):45. doi: [10.1186/s12998-023-00517-w](https://doi.org/10.1186/s12998-023-00517-w)
18. Pareek AV, Edmondson E, Kung D. Cervicogenic Headaches: A Literature Review and Proposed Multifaceted Approach to Diagnosis and Management. *Neurol Clin.* 2024;42(2):543-57. doi: [10.1016/j.ncl.2023.12.008](https://doi.org/10.1016/j.ncl.2023.12.008)
19. Doukhi D, DeBette S, Mawet J. Headaches attributed to cranial and cervical artery dissections. *J Headache Pain.* 2025;26(1):28. doi: [10.1186/s10194-025-01958-9](https://doi.org/10.1186/s10194-025-01958-9)
20. Lefel N, van Suijlekom H, Cohen SPC, Kallewaard JW, Van Zundert J. 11. Cervicogenic headache and occipital neuralgia. *Pain Pract.* 2025;25(1):e13405. doi: [10.1111/papr.13405](https://doi.org/10.1111/papr.13405)
21. Li J, Wu B, Wang X, Zhao L, Cui J, Liu J, et al. Clinical features, risk factors, and a nomogram for predicting refractory cervicogenic headache: a retrospective multivariate analysis. *Front Neurol.* 2025;16:1531180. doi: [10.3389/fneur.2025.1531180](https://doi.org/10.3389/fneur.2025.1531180)
22. Albanese A, Bhatia KP, Cardoso F, Comella C, Defazio G, Fung VS, et al. Isolated Cervical Dystonia: Diagnosis and Classification. *Mov Disord.* 2023;38(8):1367-78. doi: [10.1002/mds.29387](https://doi.org/10.1002/mds.29387)
23. Shimohata K, Shimohata T. [Clinical Aspects of Cervicogenic Headache]. *Brain Nerve.* 2020;72(3):251-8. Japanese. doi: [10.11477/mf.1416201514](https://doi.org/10.11477/mf.1416201514)
24. Fernandez M, Moore C, Tan J, Lian D, Nguyen J, Bacon A, et al. Spinal manipulation for the management of cervicogenic headache: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Pain.* 2020;24(9):1687-1702. doi: [10.1002/ejp.1632](https://doi.org/10.1002/ejp.1632)
25. Paquin JP, Tousignant-Lafamme Y, Dumas JP. Effects of SNAG mobilization combined with a self-SNAG home-exercise for the treatment of cervicogenic headache: a pilot study. *J Man Manip Ther.* 2021;29(4):244-54. doi: [10.1080/10669817.2020.1864960](https://doi.org/10.1080/10669817.2020.1864960)
26. Lu Z, Zou H, Zhao P, Wang J, Wang R. Myofascial Release for the Treatment of Tension-Type, Cervicogenic Headache or Migraine: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pain Res Manag.* 2024;2024:2042069. doi: [10.1155/2024/2042069](https://doi.org/10.1155/2024/2042069)
27. Shabbir M, Rafique S, Majeed R, Mahjabeen H, Waris M, Hamza U. Comparison of sub-occipital myofascial release and cervical mobilization in managing cervicogenic headache. *Med Forum Mon.* 2021;329(9):110-4. Available from: <https://medicalforummonthly.com/index.php/mfm/article/view/1517>
28. Xu X, Ling Y. Comparative safety and efficacy of manual therapy interventions for cervicogenic headache: a systematic review and network meta-analysis. *Front Neurol.* 2025;16:1566764. doi: [10.3389/fneur.2025.1566764](https://doi.org/10.3389/fneur.2025.1566764)
29. Arce LP, Dias CM, Ribeiro C, dos Santos Oliveira G, Furio KS, Pinkoski IM, et al. From acupuncture to radiofrequency ablation: evidence and recommendations of treatments for cervicogenic headache. *Headache Med.* 2024;15(Suppl):136. Available from: <https://headachemedicine.com.br/index.php/hm/article/view/1279>
30. Caponnetto V, Ornello R, Frattale I, Di Felice C, Pistoia F, Lancia L, et al. Efficacy and safety of greater occipital nerve block for the treatment of cervicogenic headache: a systematic review. *Expert Rev Neurother.* 2021;21(5):591-7. doi: [10.1080/14737175.2021.1903320](https://doi.org/10.1080/14737175.2021.1903320)
31. Goyal S, Kumar A, Mishra P, Goyal D. Efficacy of interventional treatment strategies for managing patients with cervicogenic headache: a systematic review. *Korean J Anesthesiol.* 2022;75(1):12-24. doi: [10.4097/kja.21328](https://doi.org/10.4097/kja.21328)
32. Wu B, Yue L, Sun F, Gao S, Liang B, Tao T. The Feasibility and Efficacy of Ultrasound-Guided C2 Nerve Root Coblation for Cervicogenic Headache. *Pain Med.* 2019;20(6):1219-26. doi: [10.1093/pm/pny227](https://doi.org/10.1093/pm/pny227)
33. Park MS, Choi HJ, Yang JS, Jeon JP, Kang SH, Cho YJ. Clinical Efficacy of Pulsed Radiofrequency Treatment Targeting the Mid-cervical Medial Branches for Intractable Cervicogenic Headache. *Clin J Pain.* 2021;37(3):206-210. doi: [10.1097/AJP.0000000000000911](https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000911)
34. Pang X, Liu C, Peng B. Anterior Cervical Surgery for the Treatment of Cervicogenic Headache Caused by Cervical Spondylosis. *J Pain Res.* 2020;13:2783-9. doi: [10.2147/JPR.S275680](https://doi.org/10.2147/JPR.S275680)
35. Lombardi JM, Vivas AC, Gornet MF, Lanman TH, McConnell JR, Dryer RF, et al. The Effect of ACDF or Arthroplasty on Cervicogenic Headaches: A Post Hoc Analysis of a Prospective, Multicenter Study With 10-Year Follow-up. *Clin Spine Surg.* 2020;33(9):339-44. doi: [10.1097/BSD.0000000000001087](https://doi.org/10.1097/BSD.0000000000001087)
36. Yabuki S, Takatsuki K, Otani K, Nikaido T, Watanabe K, Kato K, et al. Headache in Patients with Cervical Spondylotic Myelopathy. *Pain Res Manag.* 2020;2020:8856088. doi: [10.1155/2020/8856088](https://doi.org/10.1155/2020/8856088)