

Кветиапин при инсомнии: клиническая дилемма применения вне зарегистрированных показаний

В.Ю. Скрыбин, С.И. Соколова, В.П. Петровский, П.С. Макарецова, А.В. Масыкин

ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

Кветиапин, несмотря на отсутствие зарегистрированных показаний для лечения инсомнии, широко используется в малых дозах в клинической практике как снотворное средство. Его популярность обусловлена выраженным седативным эффектом и восприятием как относительно безопасного препарата. Однако критический анализ данных показывает, что эффективность кветиапина при бессоннице ограничена и преимущественно наблюдается у пациентов с коморбидной тревожно-депрессивной симптоматикой. У лиц без психиатрической патологии препарат демонстрирует слабую и непостоянную эффективность. Профиль безопасности вызывает серьезные опасения: даже при низких дозах кветиапин ассоциирован с дневной седацией, метаболическими нарушениями, ухудшением дыхания во сне и рисками для пожилых пациентов. Применение кветиапина в терапии инсомнии сопровождается значительной вариативностью клинических подходов и не подкрепляется рекомендациями ведущих экспертных сообществ. В условиях отсутствия убедительной доказательной базы и при наличии альтернативных средств с лучшим профилем безопасности off-label назначение кветиапина при бессоннице требует строгого обоснования, индивидуальной оценки риска и пересмотра его роли в рамках рациональной фармакотерапии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: кветиапин, инсомния, off-label применение, эффективность, безопасность, нежелательные лекарственные реакции

КОНТАКТЫ: Скрыбин Валентин Юрьевич, sardonios@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-4942-8556
Соколова Светлана Игоревна, sokolova.sveta5@mail.ru, ORCID: 0009-0005-7352-4686
Петровский Владислав Павлович, vludia@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-2182-416X
Макарецова Полина Сергеевна, addiction-psychiatry@mail.ru, ORCID: 0000-0002-2182-416X
Масыкин Антон Валерьевич, MasyakinAV@zdrav.mos.ru, ORCID: 0000-0002-9614-7343

КАК ЦИТИРОВАТЬ ЭТУ СТАТЬЮ: Скрыбин В.Ю., Соколова С.И., Петровский В.П., Макарецова П.С., Масыкин А.В. Кветиапин при инсомнии: клиническая дилемма применения вне зарегистрированных показаний // Современная терапия психических расстройств. — 2025. — № 3. — С. 72–76. — DOI: 10.48612/psych/vptk-5au9-dk1u

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Quetiapine for Insomnia: A Clinical Dilemma of Off-Label Use

V.Yu. Skryabin, S.I. Sokolova, V.P. Petrovskiy, P.S. Makartseva, A.V. Masyakin

Moscow Research and Practical Center on Addictions, Moscow, Russia

SUMMARY

Quetiapine, despite the lack of registered indications for the treatment of insomnia, is widely used in small doses in clinical practice as a sleep aid. Its popularity is due to its pronounced sedative effect and perception as a relatively safe drug. However, a critical analysis of the data shows that the effectiveness of quetiapine for insomnia is limited and is mainly observed in patients with comorbid anxiety and depressive symptoms. In individuals without psychiatric pathology, the drug demonstrates weak and inconsistent effectiveness. The safety profile raises serious concerns: even at low doses, quetiapine is associated with daytime sedation, metabolic disorders, worsening of breathing during sleep, and risks for elderly patients. The use of quetiapine in the treatment of insomnia is accompanied by significant variability in clinical approaches and is not supported by recommendations from leading expert communities. In the absence of a convincing evidence base and in the presence of alternative agents with a better safety profile, off-label prescribing of quetiapine for insomnia requires rigorous justification, individual risk assessment, and a review of its role within rational pharmacotherapy.

KEYWORDS: quetiapine, insomnia, off-label use, efficacy, safety, adverse drug reactions

CONTACTS: Skryabin Valentin Yurievich, sardonios@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-4942-8556
Sokolova Svetlana Igorevna, sokolova.sveta5@mail.ru, ORCID: 0009-0005-7352-4686
Petrovsky Vladislav Pavlovich, vludia@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-2182-416X
Makartseva Polina Sergeevna, addiction-psychiatry@mail.ru, ORCID: 0000-0002-2182-416X
Masyakin Anton Valerievich, MasyakinAV@zdrav.mos.ru, ORCID: 0000-0002-9614-7343

CITATION: Skryabin V.Yu., Sokolova S.I., Petrovskiy V.P., Makartseva P.S., Masyakin A.V. Quetiapine for Insomnia: A Clinical Dilemma of Off-Label Use // Sovrem. ter. psih. rasstrojstv [Current Therapy of Mental Disorders]. — 2025. — No. 3. — Pp. 72–76. — DOI: 10.48612/psych/vptk-5au9-dk1u [in Russian].

CONFLICT OF INTEREST: authors declare no conflict of interest.

Введение

Кветиапин — атипичный антипсихотик второго поколения с дозозависимыми эффектами, применяющийся для лечения шизофрении и биполярного аффективного расстройства [1]. На протяжении последних двух десятилетий он широко используется вне зарегистрированных показаний (off-label). Особенно распространено назначение низких доз кветиапина для терапии инсомнии. Фармакоэпидемиологические данные свидетельствуют, что эта практика характерна как для амбулаторного, так и для стационарного звена, включая отделения общетерапевтического, психиатрического профиля и паллиативной помощи [2–4]. Популярность кветиапина как снотворного средства связана с его выраженным седативным эффектом, который развивается уже при минимальных дозах (ниже антипсихотического порога) в результате блокады гистаминовых H1-рецепторов и α 1-адренорецепторов [5, 6].

Преобладающее в клинической среде мнение о сравнительно благоприятном профиле переносимости низких доз кветиапина подкрепляется субъективными наблюдениями врачей и сообщениями пациентов об улучшении засыпания и качества сна. Однако детальный анализ показывает, что профиль безопасности препарата менее благоприятен: даже при дозах 25–100 мг/сут нередко возникают дневная сонливость, головокружение, ортостатическая гипотензия, увеличение массы тела, повышение уровня глюкозы и липидов, а также дозозависимые неврологические явления при длительном приеме, преимущественно в виде выраженной дневной седации и астении; сообщения об экстрапирамидных симптомах на фоне применения низких доз единичны и не отражают типичный профиль переносимости кветиапина [7–9]. Кроме того, накоплены данные о возможном злоупотреблении кветиапином в уязвимых группах, особенно среди лиц с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, хотя степень этого риска остается предметом дискуссий [4, 10].

В связи с широким, но недостаточно обоснованным применением кветиапина при инсомнии, сопровождающимся рисками метаболических нарушений, дневной седации и других нежелательных лекарственных реакций (НЛР), требуется критический анализ соотношения «риск–польза» такого off-label назначения.

Эмпирические данные об эффективности при инсомнии

Назначение кветиапина при инсомнии широко распространено как среди пациентов с психическими расстройствами, так и среди лиц без них. В ряде клинических исследований и наблюдательных программ оценивали влияние низких доз препарата (25–300 мг/сут) на различные параметры сна: латентность засыпания, общую продолжительность сна и его субъективное качество. Наиболее обобщенные данные представлены в систематическом обзоре C.Y. Lin и соавт. (2023), включавшем 21 исследование

с участием более 1500 человек [9]. Авторы показали, что кветиапин ассоциирован со статистически значимым улучшением как субъективных, так и объективных показателей сна по сравнению с уровнем приема плацебо или исходным уровнем. Наибольший эффект отмечен у пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами, что может быть связано с анксиолитическим действием препарата и снижением ночной симпатической активации.

В двойном слепом рандомизированном клиническом исследовании (РКИ) J. Karsten и соавт. (2017) сравнивали эффективность применения низких доз кветиапина (50 мг) с применением 7,5 мг мirtазапина у взрослых пациентов с транзиторной инсомнией [6]. Оба препарата улучшали субъективные параметры сна относительно плацебо, но их применение сопровождалось дневной сонливостью и снижением концентрации внимания, что ограничивает применимость кветиапина в качестве препарата первой линии.

Схожие данные получены S. Cohrs и соавт. (2004): у здоровых добровольцев прием кветиапина в дозе 25 мг приводил к увеличению времени сна, сокращению латентности засыпания и повышению доли медленноволнового сна по данным полисомнографии [11]. Однако эффект от применения кветиапина уступал эффекту приема классических гипнотиков и сопровождался повышенной дневной утомляемостью. Данные о влиянии кветиапина на архитектуру сна противоречивы. Согласно обзору C. Fauska и соавт. (2024), препарат может увеличивать продолжительность медленноволнового сна, но при этом способен нарушать дыхание во сне и усиливать эпизоды гиповентиляции, особенно у пациентов с ожирением или obstructивным апноэ [8].

Важное уточнение эффективности при коморбидной патологии представлено в недавнем исследовании C. Moderie и соавт. (2023), где оценивалось влияние кветиапина на сон у пациентов с резистентной депрессией с коморбидным расстройством личности (РЛ+) и без него (РЛ–) [12]. Авторы продемонстрировали, что хотя обе группы показали значительное улучшение сна в целом, пациенты с РЛ+ достигли значительно большего улучшения именно в поддержании сна по сравнению с группой РЛ– ($p = 0,006$). У пациентов с РЛ+ улучшение сна не коррелировало с улучшением депрессивных симптомов, что предполагает иной механизм действия кветиапина в этой подгруппе: возможно, связанный с модуляцией эмоциональной дисрегуляции. В группе РЛ– такая корреляция наблюдалась.

Некоторые авторы отмечают эффективность применения кветиапина при инсомнии, связанной с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). В ретроспективной работе S. Yost и J. White (2010) показано, что добавление низких доз кветиапина к терапии пациентов с ПТСР приводило к уменьшению частоты ночных пробуждений и улучшению оценки сна по шкале PSQI [7]. Однако дизайн исследования не позволял исключить влияние сопутствующих факторов. Несмотря на то что доля пациентов, у которых регистрировались НЛР (сухость во рту, гипотензия, набор веса), не превышала 10 %, данный

факт требует учета при длительном применении даже низких доз кветиапина.

В то же время в ряде исследований показана слабая или недостоверная эффективность кветиапина при инсомнии у пациентов без психических расстройств. В обзоре S.L. Anderson и J.P. Vande Griend (2014) подчеркивается недостаток качественных доказательств в этой области: лишь в двух краткосрочных исследованиях было выявлено незначительное улучшение сна [3]. Аналогичные выводы представлены в работе J.N. Wine и соавт. (2009), посвященной анализу off-label применения кветиапина в общей медицинской практике [2]. Авторы указывают, что популярность препарата обусловлена скорее его доступностью и привычностью для врачей, чем доказанной эффективностью.

Наконец, в исследовании B. White и соавт. (2023) среди пациентов терапевтических и паллиативных отделений было показано, что кветиапин часто назначается при бессоннице без адекватной оценки его профиля безопасности [10]. Врачи прибегают к нему как к средству «широкого спектра действия» при ограниченном доступе к Z-препаратам или при наличии тревоги, хотя это редко сопровождается улучшением объективных параметров сна и может увеличивать лекарственную нагрузку на пациента.

Таким образом, клинические данные свидетельствуют о способности кветиапина умеренно улучшать сон у отдельных групп пациентов, особенно при сопутствующей депрессии, тревоге или ПТСР. Однако этот эффект не универсален, не всегда статистически значим и сопровождается нежелательными реакциями даже при использовании низких доз. Методологические ограничения имеющихся исследований (малый размер выборок, короткая продолжительность, отсутствие контроля) существенно снижают доказательную базу для off-label применения кветиапина при инсомнии.

Профиль безопасности и нежелательные реакции при применении в низких дозах

Несмотря на сложившееся в клинической среде представление о благоприятной переносимости низких доз кветиапина, накопленные данные демонстрируют значительный риск развития НЛР даже при дозах, существенно ниже антипсихотических. Наиболее частые НЛР включают дневную сонливость, головокружение, сухость во рту, ортостатическую гипотензию и увеличение массы тела. Согласно метаанализу C.Y. Lin и соавт. (2023), частота любых НЛР при применении кветиапина в дозах до 300 мг/сут вдвое превышала таковую в группе плацебо, причем основной вклад вносили чрезмерная седация и метаболические нарушения [9].

В ряде работ акцентируется внимание на риске неблагоприятных метаболических изменений. Даже при дозах менее 100 мг/сут зафиксированы случаи клинически значимого увеличения индекса массы тела, повышения уровня глюкозы и липидов, а также развития метаболического синдрома, особенно при

длительном приеме. H.V. Coe и I.S. Hong (2012) в своем аналитическом обзоре приводят данные проспективных и ретроспективных исследований, где низкодозовая терапия кветиапином ассоциировалась с приростом массы тела до 5 кг за 8 недель, что сопоставимо с эффектами, наблюдаемыми при использовании препарата в терапевтических дозах у пациентов психиатрического профиля [5, 13]. Кроме того, описаны случаи лекарственно-индуцированной гепатотоксичности и экстрапирамидных симптомов.

Дополнительные риски связаны с влиянием на дыхание во сне. По данным C. Fauska и соавт. (2024), у пациентов с ожирением или ранее диагностированным обструктивным апноэ сна кветиапин может ухудшать дыхательную функцию [8]. Снотворный эффект сопровождается расслаблением верхних дыхательных путей, что способствует гиповентиляции, снижению сатурации кислорода и учащению эпизодов апноэ, особенно в фазу быстрого сна. Эти данные особенно важны для пожилых пациентов и лиц с коморбидной соматической патологией, у которых фармакодинамические эффекты проявляются интенсивнее.

Наряду с соматическими осложнениями обсуждается возможность немедицинского использования кветиапина, особенно среди лиц с нарушениями регуляции импульсивности и злоупотреблением ПАВ. B. White и соавт. (2023) описывают случаи запросов препарата пациентами стационаров для облегчения засыпания или снижения тревоги, что сопровождалось признаками нарастающей толерантности и нарушения комплаенса к другим видам терапии [10]. Аналогичные сообщения приведены в обзоре V. Modesto-Lowe и соавт. (2021): в тюрьмах, реабилитационных центрах и психиатрических стационарах кветиапин иногда рассматривается как легкодоступный («разрешенный») седативный препарат [4]. Хотя фармакологически кветиапин не вызывает эйфории или дофаминергической активации, его анксиолитическое и седативное действие может способствовать немедицинскому применению.

Безопасность применения кветиапина при инсомнии особенно проблематична в популяции пациентов пожилого возраста. Исследование J.N. Wine и соавт. (2009) указывает на его частое назначение пациентам старше 65 лет с когнитивными нарушениями, ночной тревожностью и бессонницей, несмотря на высокую чувствительность этой группы к ортостатическим и когнитивным эффектам [2]. Эти опасения подтверждаются крупным ретроспективным когортным исследованием R.L. Hui и соавт. (2025): при сравнении пожилых пациентов, начинавших терапию кветиапином, тразодоном или мirtазапином по поводу инсомнии, низкие дозы кветиапина ассоциировались с более высоким риском смерти и падений с травмами по сравнению с приемом тразодона, а также с более высоким риском деменции по сравнению с терапией как тразодоном, так и мirtазапином (все различия статистически значимы) [14]. Эти данные подчеркивают особые риски применения кветиапина у пожилых пациентов с инсомнией.

Наконец, в обзоре S.L. Anderson и J.P. Vande Griend (2014) акцентируется внимание на отсутствии

долгосрочных исследований безопасности кветиапина при инсомнии [3]. Подчеркивается, что большинство данных ограничены сроками наблюдения 1–8 недель, тогда как в реальной практике пациенты нередко принимают препарат месяцами и годами. Долгосрочные метаболические, когнитивные и кардиоваскулярные последствия остаются неизвестными, что затрудняет оценку соотношения «риск–польза» в длительной перспективе.

Таким образом, применение кветиапина в качестве снотворного средства сопровождается целым спектром НЛР, некоторые из которых могут быть клинически значимыми даже при низких дозах. Учитывая наличие альтернативных препаратов с лучшей изученностью и более предсказуемым профилем безопасности, назначение кветиапина при инсомнии требует осторожности, индивидуальной оценки рисков и тщательного мониторинга.

Дискуссионные аспекты применения кветиапина при инсомнии

Доказательная база, лежащая в основе off-label назначений кветиапина при инсомнии, вызывает обоснованные сомнения в своей убедительности. Основной массив публикаций составляют небольшие пилотные исследования, открытые или ретроспективные наблюдения, часто без групп активного контроля и валидизированных шкал оценки сна. Данные о долгосрочной эффективности и безопасности практически отсутствуют. Как отмечается в обзоре S.L. Anderson и J.P. Vande Griend (2014), большинство исследований включают менее 50 участников при сроках наблюдения не более 4–6 недель, что не позволяет экстраполировать результаты на реальную клиническую практику, в которой пациенты принимают препарат на протяжении месяцев или лет [3].

Аргументы в пользу использования кветиапина при инсомнии включают его высокую седативную эффективность, быстрое наступление эффекта, относительную устойчивость действия и пригодность при коморбидной тревоге или депрессии. Особенно часто кветиапин рассматривают как терапевтический вариант при бессоннице у пациентов с непереносимостью бензодиазепинов или Z-препаратов, а также при наличии у пациента суицидального риска из-за относительно меньшей опасности в передозировке. Однако даже в этих случаях применение кветиапина требует особой осторожности из-за его профиля безопасности (метаболические и кардиоваскулярные риски, дневная седация, риск падений и деменции у пожилых), особенно у соматически отягощенных пациентов [2, 10].

Растущую обеспокоенность вызывает тенденция к необоснованному назначению кветиапина — зачастую по инерции или из-за нехватки времени у врача на обсуждение немедикаментозных методов терапии. В некоторых стационарах препарат используется как «универсальное» средство при различных поведенческих симптомах, что, по мнению ряда авторов [4, 5], способствует неадекватной полипрагма-

зии, повышает риск лекарственных взаимодействий и смещает фокус на симптоматическую, а не на патогенетическую терапию.

По данным ретроспективного исследования первичного звена здравоохранения Нидерландов, за последние годы назначения кветиапина существенно участились, главным образом в низких дозах (< 100 мг/сут) и вне зарегистрированных показаний; среди пациентов, начавших терапию в 2020–2022 гг., off-label назначения составили около 77 %, причем почти в половине случаев целью было купирование нарушений сна [15]. Наблюдаемая динамика согласуется с клинической практикой использования кветиапина как гипнотического средства при дефиците доступа к немедикаментозным вмешательствам и на фоне ограничений по препаратам первой линии.

Дополнительную проблему создает отсутствие четких официальных рекомендаций и разрозненность клинических позиций в отношении применения кветиапина при инсомнии. Международные руководства (включая рекомендации Американской академии медицины сна) не поддерживают рутинное использование антипсихотиков при бессоннице у лиц без психоза. Тем не менее в клинической практике врачи продолжают назначать кветиапин, что создает разрыв между доказательной медициной и эмпирическим опытом. Это требует изучения факторов, влияющих на решения врачей, и разработки четких алгоритмов, учитывающих риски, предпочтения пациента и клинический контекст.

Критическая позиция по отношению к применению кветиапина при инсомнии отражена в статье K.A.V. Debernard и соавт. (2023). Авторы этой статьи подчеркивают отсутствие достаточного клинического обоснования и наличие значительных рисков, подробно рассмотренных в предыдущих разделах. Они также указывают, что международные руководства (включая EMA, UpToDate и BMJ Best Practice) не рекомендуют использование кветиапина при бессоннице, подчеркивая его off-label статус и возлагаемую на врача ответственность [16].

Таким образом, off-label применение кветиапина при бессоннице остается предметом активной дискуссии. С одной стороны, препарат действительно обладает снотворным эффектом, который в отдельных клинических сценариях может быть востребован, с другой — доказательная база его эффективности ограничена, а профиль безопасности не столь благоприятен, как принято считать. Современная стратегия рациональной психофармакотерапии требует пересмотра роли кветиапина в лечении инсомнии, усиления позиций доказательной медицины и разработки альтернативных подходов, включая немедикаментозные вмешательства и средства с лучшим профилем риска.

Заключение

Кветиапин демонстрирует ограниченную эффективность при инсомнии, в основном у пациентов с сопутствующими тревожно-депрессивными расстройствами. Однако недостаточность рандомизированных контролируемых исследований, ограниченность сроков наблюдения и высокая частота нежелательных

реакций даже при использовании в низких дозах существенно снижают убедительность доказательной базы и ограничивают обоснованность рутинного применения кветиапина при бессоннице. Особую озабоченность вызывает растущее и часто неконтролируемое назначение препарата вне показаний без должной оценки индивидуального риска и альтернатив. В контексте принципов рациональной фармакотерапии

и персонализированного подхода целесообразно пересмотреть практику использования кветиапина при инсомнии, ограничив его случаями выраженной коморбидной психиатрической симптоматики, отсутствия эффекта от стандартных вмешательств или невозможности их применения. Требуются дальнейшие исследования для оценки долгосрочных эффектов низкодозового кветиапина при инсомнии.

ЛИТЕРАТУРА

REFERENCES

1. Максимов В.И. Кветиапин и его место в лечении различных заболеваний среди атипичных антипсихотиков // Современная терапия психических расстройств. – 2009. – № 2. – С. 24–30.
2. Wine J.N., Sanda C., Caballero J. Effects of quetiapine on sleep in nonpsychiatric and psychiatric conditions // *Ann Pharmacother.* – 2009. – Vol. 43, no. 4. – Pp. 707–13. – <https://doi.org/10.1345/aph.1L320>
3. Anderson S.L., Vande Griend J.P. Quetiapine for insomnia: A review of the literature // *Am J Health Syst Pharm.* – 2014. – Vol. 71, no. 5. – Pp. 394–402. – <https://doi.org/10.2146/ajhp130221>
4. Modesto-Lowe V., Harabasz A.K., Walker S.A. Quetiapine for primary insomnia: Consider the risks // *Cleve Clin J Med.* – 2021. – Vol. 88, no. 5. – Pp. 286–294. – <https://doi.org/10.3949/ccjm.88a.20031>
5. Coe H.V., Hong I.S. Safety of low doses of quetiapine when used for insomnia // *Ann Pharmacother.* – 2012. – Vol. 46, no. 5. – Pp. 718–22. – <https://doi.org/10.1345/aph.1G697>
6. Karsten J., Hagenauw L.A., Kamphuis J., Lancel M. Low doses of mirtazapine or quetiapine for transient insomnia: A randomised, double-blind, cross-over, placebo-controlled trial // *J Psychopharmacol.* – 2017. – Vol. 31, no. 3. – Pp. 327–337. – <https://doi.org/10.1177/0269881116681399>
7. Yost S., White J. Quetiapine for sleep // *J Pain Palliat Care Pharmacother.* – 2010. – Vol. 24, no. 1. – Pp. 53–5. – <https://doi.org/10.3109/15360280903583149>
8. Fauska C., Bastiampillai T., Adams R.J. et al. Effects of the antipsychotic quetiapine on sleep and breathing: A review of clinical findings and potential mechanisms // *J Sleep Res.* – 2024. – Vol. 33, no. 3. – e14051. – <https://doi.org/10.1111/jsr.14051>
9. Lin C.Y., Chiang C.H., Tseng M.M. et al. Effects of quetiapine on sleep: A systematic review and meta-analysis of clinical trials // *Eur Neuropsychopharmacol.* – 2023. – Vol. 67. – Pp. 22–36. – <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2022.11.008>
10. White B., Snyder H.S., Patel M.V.B. Evaluation of medications used for hospitalized patients with sleep disturbances: a frequency analysis and literature review // *J Pharm Pract.* – 2023. – Vol. 36, no. 1. – Pp. 126–138. – <https://doi.org/10.1177/08971900211017857>
11. Cohrs S., Rodenbeck A., Guan Z. et al. Sleep-promoting properties of quetiapine in healthy subjects // *Psychopharmacology (Berl.)*. – 2004. – Vol. 174, no. 3. – Pp. 421–9. – <https://doi.org/10.1007/s00213-003-1759-5>
12. Moderie C., King J.D., Nuñez N. et al. Sleep quality after quetiapine augmentation in patients with treatment-resistant depression and personality disorders // *J Clin Psychopharmacol.* – 2023. – Vol. 43, no. 6. – Pp. 498–506. – <https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000001768>
13. Мосолов С.Н., Рывкин П.В., Сердитов О.В. и др. Метаболические побочные эффекты современной антипсихотической фармакотерапии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18, № 3. – С. 75–90.
14. Hui R.L., Lee A.L., Lee E.A. et al. Safety of low-dose quetiapine for insomnia in older adults // *Drugs Aging.* – 2025. – Vol. 42, no. 2. – Pp. 127–133. – <https://doi.org/10.1007/s40266-024-01170-5>
15. Cinar B.G., Ligthart S.A., de Wit H.A. et al. Patterns and indications for quetiapine prescribing in Dutch primary care: a retrospective database study // *BJGP Open.* – 2025. – Jul 29. – BJGP0.2024.0219. – <https://doi.org/10.3399/BJGP0.2024.0219>
16. Debernard K.A.B., Frost J., Roland P.D.H. Quetiapine is not a sleeping pill // *Tidsskr Nor Lægeforen.* – 2019. – Vol. 139, no. 13. – <https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0205>
1. Maksimov V.I. Kvetiapin i ego mesto v lechenii razlichnyh zabolevanij sredi atipichnyh antipsihotikov // *Sovremennaa Terapiia Psihicheskikh Rasstrojstv.* – 2009. – № 2. – S. 24–30.
2. Wine J.N., Sanda C., Caballero J. Effects of quetiapine on sleep in nonpsychiatric and psychiatric conditions // *Ann Pharmacother.* – 2009. – Vol. 43, no. 4. – Pp. 707–13. – <https://doi.org/10.1345/aph.1L320>
3. Anderson S.L., Vande Griend J.P. Quetiapine for insomnia: A review of the literature // *Am J Health Syst Pharm.* – 2014. – Vol. 71, no. 5. – Pp. 394–402. – <https://doi.org/10.2146/ajhp130221>
4. Modesto-Lowe V., Harabasz A.K., Walker S.A. Quetiapine for primary insomnia: Consider the risks // *Cleve Clin J Med.* – 2021. – Vol. 88, no. 5. – Pp. 286–294. – <https://doi.org/10.3949/ccjm.88a.20031>
5. Coe H.V., Hong I.S. Safety of low doses of quetiapine when used for insomnia // *Ann Pharmacother.* – 2012. – Vol. 46, no. 5. – Pp. 718–22. – <https://doi.org/10.1345/aph.1G697>
6. Karsten J., Hagenauw L.A., Kamphuis J., Lancel M. Low doses of mirtazapine or quetiapine for transient insomnia: A randomised, double-blind, cross-over, placebo-controlled trial // *J Psychopharmacol.* – 2017. – Vol. 31, no. 3. – Pp. 327–337. – <https://doi.org/10.1177/0269881116681399>
7. Yost S., White J. Quetiapine for sleep // *J Pain Palliat Care Pharmacother.* – 2010. – Vol. 24, no. 1. – Pp. 53–5. – <https://doi.org/10.3109/15360280903583149>
8. Fauska C., Bastiampillai T., Adams R.J. et al. Effects of the antipsychotic quetiapine on sleep and breathing: A review of clinical findings and potential mechanisms // *J Sleep Res.* – 2024. – Vol. 33, no. 3. – e14051. – <https://doi.org/10.1111/jsr.14051>
9. Lin C.Y., Chiang C.H., Tseng M.M. et al. Effects of quetiapine on sleep: A systematic review and meta-analysis of clinical trials // *Eur Neuropsychopharmacol.* – 2023. – Vol. 67. – Pp. 22–36. – <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2022.11.008>
10. White B., Snyder H.S., Patel M.V.B. Evaluation of medications used for hospitalized patients with sleep disturbances: a frequency analysis and literature review // *J Pharm Pract.* – 2023. – Vol. 36, no. 1. – Pp. 126–138. – <https://doi.org/10.1177/08971900211017857>
11. Cohrs S., Rodenbeck A., Guan Z. et al. Sleep-promoting properties of quetiapine in healthy subjects // *Psychopharmacology (Berl.)*. – 2004. – Vol. 174, no. 3. – Pp. 421–9. – <https://doi.org/10.1007/s00213-003-1759-5>
12. Moderie C., King J.D., Nuñez N. et al. Sleep quality after quetiapine augmentation in patients with treatment-resistant depression and personality disorders // *J Clin Psychopharmacol.* – 2023. – Vol. 43, no. 6. – Pp. 498–506. – <https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000001768>
13. Mosolov S.N., Ryvkin P.V., Serditov O.V. i dr. Metabolicheskie pobochnye jeffekty sovremennoj antipsihoticheskoj farmakoterapii // *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija.* – 2008. – T. 18, № 3. – S. 75–90.
14. Hui R.L., Lee A.L., Lee E.A. et al. Safety of low-dose quetiapine for insomnia in older adults // *Drugs Aging.* – 2025. – Vol. 42, no. 2. – Pp. 127–133. – <https://doi.org/10.1007/s40266-024-01170-5>
15. Cinar B.G., Ligthart S.A., de Wit H.A. et al. Patterns and indications for quetiapine prescribing in Dutch primary care: a retrospective database study // *BJGP Open.* – 2025. – Jul 29. – BJGP0.2024.0219. – <https://doi.org/10.3399/BJGP0.2024.0219>
16. Debernard K.A.B., Frost J., Roland P.D.H. Quetiapine is not a sleeping pill // *Tidsskr Nor Lægeforen.* – 2019. – Vol. 139, no. 13. – <https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0205>