

Ю.В. ЦВЕЛЕВ, И.Б. ГОДА

Кафедра акушерства и гинекологии
Военно-медицинской академии,
г. Санкт-Петербург**ЗАСЛУЖЕННЫЙ ПРОФЕССОР И АКАДЕМИК
ИМПЕРАТОРСКОЙ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ
АКАДЕМИИ АЛЕКСЕЙ ИВАНОВИЧ ЛЕБЕДЕВ
(К 150-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)**

«Только невежество и бесчеловечие может решиться изуродовать живого младенца, дабы избежать кесарского сечения. Ничто не может оправдать акушера».
Ж.Л. Боделок, 1781г.

Алексей Иванович Лебедев родился 11 марта 1850 г. в семье священника. После окончания Рязанской духовной семинарии он в 1870 году поступил в Медико-хирургическую академию. Не обладая никакими денежными средствами, он по конкурсу получил стипендию лейб-медика Тарасова, предназначавшуюся для уроженцев Рязанской губернии, которую получал до окончания академии [2, 7, 9].

В 1875 г. А.И. Лебедев с отличием закончил обучение и по конкурсу был оставлен при академии на три года для усовершенствования (в числе 7-ми человек). Он избрал своей специальностью акушерство и гинекологию. Его учителями были профессора А.Я. Крассовский, М.И. Горвиц, К.Ф. Славянский. В 1878 г. после защиты диссертации «К учению о чрезмерном накоплении околоплодной жидкости (Hydroamnios)» Алексею Ивановичу была присвоена степень доктора медицины.

В дальнейшем (в 1880 г.) он на два года вместе с Г.Е. Рейном был отправлен Конференцией академии в заграничную командировку с научной целью, во время которой работал в немецких, французских и английских университетах и известных европейских клиниках акушерства (Вена, Берлин, Лейпциг, Галле, Лондон, Париж, Страсбург и др.).

Учебная деятельность А.И. Лебедева началась еще до заграничной командировки в качестве ассистента акушерской клиники как руководителя студентов на практических занятиях. После возвращения из командировки он преподавал на правах приват-доцента. В связи с болезнью про-

фессора М.И. Горвица Конференция академии временно поручила Алексею Ивановичу чтение студентам лекционного курса акушерства и гинекологии. После смерти М.И. Горвица по конкурсу из 5-ти кандидатов (в т.ч. И.Ф. Баландин, Г.Е. Рейн, Н.Н. Феноменов, В.В. Сутугин) 17 марта 1884 г. А.И. Лебедев был избран адъюнкт-профессором по кафедре систематического (теоретического) акушерства и гинекологии. Одновременно он стал заведовать академической акушерско-гинекологической клиникой, в которой преподавалась пропедевтика акушерства и гинекологии для студентов 4-го курса.

Профессор А.И. Лебедев руководил кафедрой систематического акушерства с 1884 по 1898 гг., а в 1898 г. (после смерти профессора К.Ф. Славянского) возглавил кафедру клинического (госпитального) акушерства и гинекологии. В 1911 г. он, будучи к тому времени экстраординарным профессором, попросил отставку, ушел на пенсию и уехал для постоянного проживания в Ессентуки. Скончался Алексей Иванович в 1923 г. на 73-ем году жизни [3, 4, 9, 10].

Блестящим наследием профессора Алексея Ивановича Лебедева следует назвать его учеников и созданную им научную школу. Научные исследования школы А.И. Лебедева в большинстве своем носили новаторский характер, спектр научных изысканий был достаточно обширным. Современники отмечали, что почти половина исследований по акушерству и гинекологии, выполненных за период 1880-1910 гг. в России, вышла из его клиники. В 1906 г. все четыре кафедры акушерства и ги-



**ЖУРНАЛЪ
АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ**

некологии в Санкт-Петербурге были заняты его последователями, а в 1910 г. – большая часть кафедр акушерства и гинекологии в России [3, 10]. К числу учеников принадлежат известные ученые: В.С. Груздев, А.И. Замшин, Е.М. Курдиновский, С.Д. Михнов, В.Н. Орлов, С.М. Полотебнов, Ф.Н. Тавилдаров, Д.И. Шишов, Ю.В. Прудников и др., которые возглавляли кафедры в Казани, Одессе, Дерпте (Юрьеве), Петербурге, Москве.

По мнению В.С. Груздева, [1] наиболее характерными чертами профессора А.И. Лебедева как педагога, проявившимися в ходе преподавания акушерства и гинекологии, были «сжатость, современность и демонстративность». Клиническое преподавание было построено таким образом, чтобы «ни одна часть клинического материала не пропадала без пользы для учащихся». Учебный процесс в клинике был тщательно продуман и отработан практически с максимальным использованием имеющегося акушерского и гинекологического (амбулаторного и стационарного) материала. Недостаток акушерских наблюдений в клинике (за год один студент мог наблюдать не более 2-3 родов) восполнялся тщательностью их изучения, отработкой практических навыков на фантомах. В чтении лекций по акушерству и гинекологии Алексей Иванович впервые в качестве демонстраций использовал световые картины, проектируемые на экран посредством «волшебного фонаря» (образ сегодняшних слайд- и мультимедийных проекторов). В качестве демонстраций также использовались современные для того времени акушерско-гинекологические инструменты, гипсовые модели Mars'a (для показательного выполнения разрезов и наложения швов при операциях), коллекция женских тазов, заспиртованные анатомические препараты, восковые модели, которые изображали наиболее редкие патологические состояния. В лаборатории

клиники было создано и оборудовано фотографическое отделение, что позволяло зафиксировать наблюдения, представляющие научный и учебный интерес. Алексей Иванович создал большую коллекцию цветных фотограмм (около 700 экземпляров), что значительно расширило возможности и повысило качество преподавания предмета. Удивительные световые картинки сохранились до наших дней и находятся в музее кафедры акушерства и гинекологии им. А.Я. Красновского Военно-медицинской академии [4].

Для того чтобы студенты с приходом в клинику могли с максимальной пользой и «сознательно» включиться в ее работу, проф. А.И. Лебедев стал при изложении лекционного курса чередовать лекции: после 2-х лекций по акушерству им читались 2 лекции по гинекологии. Это был, несомненно, интересный педагогический эксперимент, который нашел продолжение в настоящее время на кафедре. Так, слушатели 4-х курсов факультетов подготовки врачей Академии, придя на кафедру в текущем учебном году, приступили к изучению нашей специальности не с традиционного акушерства, а с гинекологии. С нашей точки зрения, этот подход (обучение от общего к частному) соответствует основам педагогики и представляется перспективным.

Одним из педагогических начинаний А.И. Лебедева является введение им в 1891 г. «клинических бесед врачей» (клинических разборов), которые вначале имели специальный акушерско-гинекологический характер, «но вскоре к гинекологам примкнули ... хирурги, терапевты, окулисты и педиатры». Эти беседы преследовали две цели: 1) «научную разработку текущих клинических случаев»; 2) предоставление врачебной молодежи стимула к научным занятиям, возможности обмениваться опытом, «приучаясь при этом к публичной беседе».

В изучении практической сто-

роны специальности А.И. Лебедев прошел все ступени профессионального роста. Сначала он был ординатором, а затем ассистентом акушерской клиники, одновременно заведующим Гаванским Покровским родильным приютом. Все это позволило ему достичь высокой степени оперативного мастерства. Профессор А.И. Лебедев во многом способствовал развитию оперативной гинекологии в России. Более чем у 60% лечившихся в его клинике больных применялись оперативные методы лечения. При этом А.И. Лебедевым лично было произведено около 4000 крупных операций. Ему принадлежит обоснование и приоритет выполнения в России операции кесарева сечения по относительным показаниям (1886 г.), способ восстановления полного разрыва промежности (1891 г.), разработка консервативной миомэктомии (1897 г.). Владея блестящей оперативной техникой, Алексей Иванович не избегал самых трудных и сложных операций, но именно ему был присущ рациональный консерватизм, который проявлялся в большой строгости при оценке показаний к объему оперативных вмешательств, в стремлении к выполнению органосберегающих операций. А.И. Лебедев упрекал тех гинекологов, которые «начали производить операции без достаточных показаний к ним, удаляя части органов и целые органы, которые можно было бы при других методах лечения сохранить для организма, вернув им нормальный status». Это положение и сегодня звучит весьма современно.

В его клинической деятельности соратники отмечали два наиболее важных принципа: самобытный и стройный характер научной мысли и строгую клиническую дисциплину. Истинный клиницист, А.И. Лебедев утверждал на практике свою позицию: «Нельзя при разборе гинекологической больной ограничиваться только сферой своей специальности». Наряду с достижениями в

области оперативного искусства, именно А.И. Лебедеву принадлежит значительная заслуга в применении консервативных методов лечения в гинекологии, в частности, физических (грязелечения, светолечения, электричества, нагретого воздуха). Им впервые был предложен метод грязелечения в виде влагалищных тампонов (1923 г.), который сразу же приобрел широкое распространение в терапии гинекологических заболеваний [8].

Работая над докторской диссертацией и изучая «Hydroamnios», А.И. Лебедев не мог не обратить внимания на частоту при этой патологии «мертворожденных детей или слабых развитых и не представляющих шансов для более или менее продолжительной жизни, если не умирающих вскоре после родов» [5]. Пытаясь ответить на вопрос: «Каким образом большее или меньшее количество околоплодных вод может влиять на правильное развитие плода и даже прекратить его жизнь?», он пришел к выводу, что «недоразвитие гидроамниотических плодов, какие они очень часто представляют», зависит не от количества амниотической жидкости, а связано с «затруднением фетального кровообращения». Это заключение он обосновал следующим образом: «Питание плода в утробе матери, как известно, совершается путем обмена веществ между детской и материнской кровью. Лабораторией, в которой совершаются эти, досель не вполне еще выясненные, физиологические процессы, служат со стороны плода сосуды ворсинок плаценты. Если будет затруднен отток крови из упомянутых сосудов, то, очевидно, названные процессы обмена веществ между материнской и детской кровью будут совершаться настолько же медленнее, насколько замедленно кровообращение в этих сосудах, и в результате получится то, что плоду в данную единицу времени доставлено будет менее питательных веществ и кислорода, чем сколько требу-

ется для правильного его развития ...» [5].

С именем А.И. Лебедева связано выполненное впервые в России (3.X.1886 г.) кесарское сечение по относительным показаниям.

В этот период вопрос о необходимости внедрения в клиническую практику операции кесарского сечения ставился под сомнение, широко дискутировался, поскольку операция сопровождалась высокой материнской (47,7-63%) и детской (70,4-85%) смертностью. Кесарское сечение в то время было почти равносильно верной смерти роженицы и «не находило сочувствия ни между врачами, ни в публике, и применялось весьма редко ...». Во избежание этой страшной операции, по мере развития акушерской науки, изыскивались различные способы для извлечения плода через естественные родовые пути. Так, рядом с кесарским сечением, в самой глубокой древности существовала уже краниотомия, которая давала несравненно лучший прогноз для жизни роженицы. Позже введение акушерских щипцов, поворота на ножки, искусственного прерывания беременности (искусственный выкидыш и искусственные преждевременные роды) и усовершенствование, наконец, самого способа производства краниотомии (краниоклазия) все более и более отодвигало кесарское сечение на задний план, пока, наконец, оно не сделалось операцией, производимой исключительно на мертвой» [6].

Акушерам часто приходилось решать дилемму: краниотомия на живом плоде или кесарское сечение? Так как последнее давало очень плохой прогноз для матери, то краниотомия в таких случаях сделалась обычной операцией. Чтобы отнять у краниотомии ее варварский характер – покупать одну жизнь ценою другой жизни – советовали выжидать произвольной смерти плода. «Там же, где подобное выжидание не может быть допущено в интересах роженицы, акушеру приходится об-

манывать себя и окружающих ложным уверением, что сердцебиение плода более не слышно. Понятно, что каждый гуманный акушер в душе всегда был противником этой жестокой операции» [6]. А.И. Лебедев (наряду с А.Я. Красновским, Р.К. Бредовым, К.Ф. Славянским и др.) был одним из первых в России, кто сумел оценить значение кесарского сечения для снижения материнской и детской смертности, отстаивая как право существования самой операции, так и необходимость расширения показаний к кесарскому сечению.

Нам удалось обнаружить подробное описание выполненного профессором А.И. Лебедевым первого в России кесарского сечения в интересах плода, и мы считаем поучительным и целесообразным привести выдержки из сообщения об этих родах [6].

«2 октября текущего учебного года в 10 ч.у. в заведываемую мною акушерскую академическую клинику доставлена из Надеждинского Родовспомогательного Заведения роженица, Марья Иванова. Из собранного по ее прибытии анамнеза оказалось следующее. Роженица 26 лет, петербургская уроженка, незамужняя, живет в услужении. Будучи незаконнорожденной, она воспитывалась в колонии Воспитательного Дома. Первые регулы пришли на 21 году, повторяясь затем в 3-х недельные промежутки, и продолжались по 5 дней. Позднее появление регул указывало на слабое развитие ее до наступления половой зрелости, что подтверждалось отчасти указанием на то, что, по словам окружавших ее, она начала ходить только на 5-м году. В последний раз регулы были в декабре 1885 года; первого шевеления плода не помнит.

Объективное исследование. Роженица малого роста (140 см), но крепкого телосложения и довольно хорошо упитана. Неинтеллигентное лицо ее, с низким лбом и широкими скулами, придает объекту выражение кретинов. В ос-

тальном скелет развит совершенно пропорционально, причем отдельные части его уменьшены только в размере. Это последнее обстоятельство и приближает нашу пациентку к типу карлиц. Ноги ее, хотя короткие, но совершенно прямые, таз по наружному виду вполне симметричен.

Измерение живота и таза (последнее ввиду небольшого роста роженицы произведено особенно тщательно) дало следующие результаты:

Размеры живота:

наибольшая окружность = 96 см,

на уровне пупка = 94 см,

Размеры таза:

Dist. sp. 24 см

Dist. cr. 24,75 см

Conj. ext. 16,5 см

Dist. tr. = 27 см

Conj. diag. = 10 см

Conj. vera = 8 см

Головка плода очень объемиста, кости ее плотны, швы и роднички имеют нормальную ширину этих частей у доношенного плода. Предлежащая часть стоит подвижно над тазовым входом. ... На основании вышеприведенных данных объективного исследования таза поставлен был следующий диагноз: общеравномерносуженный таз со слабо выраженными признаками рахитического характера.

Что касается периода родов и общего состояния роженицы, при поступлении ее в клинику, то в родовом журнале отмечено следующее: шейка матки сглажена, зев открыт на 1 ½ пальца, края его тонки, пузырь наливается. Предлежащая часть (головка) свободно баллотируется над входом таза. Так как родовые боли, по словам роженицы, начались у нее 2-го октября в 3 ч. ночи, то из этого следовало, что роды ее до поступления в клинику продолжались 7 часов.

Ввиду констатированного исследования значительного равномерного сужения таза и большой головки плода, ввиду, следовательно,

но, значительной диспропорции между существенными факторами, обуславливающими правильное течение родов при нормальном их отношении, надежда на произвольное окончание родов в описываемом случае была невелика. Прогноз как для матери, так и для плода, даже и в этот ранний период родов представлялся уже очень серьезным. Но общесуженный таз более чем всякая другая форма обязывает, как известно, к выжиданию, потому что только течение родов обнаруживает последовательно те данные, которыми мы руководимся в наших действиях по отношению к роженице.

При раскрытии шейки матки на 4 ½ пальца плодный пузырь был вскрыт, но головка и после этого осталась баллотирующей над входом таза. Сердцебиение плода выслушивалось отчетливо.

В 9 ч.у. 3-го октября: сильный отек зева, большая родовая опухоль на головке, боли приняли явно спазматический характер. На теле матки обозначается ясный перехват, поднявшийся выше, чем было констатировано накануне: т роженицы нормальна, сердцебиение плода 128 ударов в минуту, слышно глуше.

В этот момент перед нами был случай общеравномерносуженного таза 2-й ст. и недостаток изгоняющих сил. Так как плод был жив, то прежде всего позволительно (Schroeder) было прибегнуть к щипцам с двойкой целью. Во-первых, чтобы придти на помощь к значительно ослабевшим родовым сокращениям матки, а во-вторых, чтобы определить степень сопротивления, которое представляет данный таз, и тем наглядно убедиться в невозможности вывести неуменьшенную головку плода через естественные родовые пути. В этом последнем отношении на щипцы нужно было смотреть как на пробный инструмент, и не настаивать, во что бы то ни стало, на извлечение ими живого плода.

В 10 ч. 5 мин. утра 3-го октября с большим трудом наложены были щипцы Брейса на головку, находившуюся большей своей частью над входом таза, при спавшемся, хотя и растяжимом до известной степени (4 ½ п.) зеве... После весьма трудного замыкания щипцов, произведено было шесть продолжительных тракций, но без всякого положительного результата: головка ни на один сантиметр не продвинулась вперед. После этого щипцы были сняты.

Таким образом, перед нами была следующая дилемма: или кесарское сечение, или краниотомия на живом плоде. В первом случае мы могли рассчитывать на спасение обеих жизней, во втором же одну из них — жизнь плода — мы приносим в жертву другой — жизни матери. Я не буду в этом месте приводить все мотивы моего решения, а прямо скажу, что, приняв во внимание довольно удовлетворительное еще состояние роженицы и плода, я предпочел произвести кесарское сечение, получив на это согласие роженицы. Но я не скрою от вас, мм. гг., того, что я принял означенное решение не без некоторого внутреннего волнения. Дело в том, что хотя кесарское сечение на живой производилось в нашем отечестве неоднократно, однако показаниями к нему служили всегда, насколько мне известно, только абсолютные препятствия к выведению даже и уменьшенного в объеме плода через естественные родовые пути. В нашем же случае показание к этой операции было только относительное — для избежания производства краниотомии на живом плоде; уменьшенная же в объеме головка несомненно могла быть извлечена через естественные пути.

Из этого Вам сейчас становится понятным, что при абсолютном показании акушер находит полное оправдание своим действиям даже и тогда, когда ему удается спасти только одну из

двух жизней. Совершенно другое дело при постановке относительного показания: здесь, для полного успеха операции, требуется извлечь живой плод и обеспечить выздоровление матери. Но если операция окончится извлечением мертвого плода, то даже и при благоприятном ее исходе для матери акушер будет обвинен, по меньшей мере, в легкомысленной постановке показаний, хотя бы научно он поступал совершенно правильно. Вот, милостивые государи, те соображения, которые не могут не волновать каждого, который делает новый шаг к расширению показаний для кесарского сечения. В подобном положении единственною поддержкою служит только твердое убеждение в истинности тех принципов, следуя которым следует рассчитывать на успех.

При операции (З/Х. 86 г. в 1 ч. 30 мин. дня, т.е. через 41 ч. после начала родов) присутствовали: весь врачебный состав клиники и хирурги – П.Я. Мультиновский и А.С. Бельцов, который и хлороформировал роженицу. После произведенной, по принятому в клинике способу, дезинфекции живота, был сделан разрез брюшных стенок, длиной 18 см., по *linea alba*. По вскрытии полости брюшины, введенною в нее рукою было определено положение углов матки (место отхождения от нее фаллопиевых труб), чтобы начать разрез несколько выше их уровня. Лишь только стенка матки широким взмахом ножа была разрезана (16 см.), как из разреза показался участок плаценты. При таком положении этой последней требовалась возможная быстрота действий, чтобы предупредить асфиксию плода, неминуемо наступающую вследствие преждевременного ее отделения. Поэтому *placenta* также одним широким взмахом бистури была рассечена, причем оказалось, что разрез прошел как раз рядом с местом прикрепления пуповины. Так как все это время ассистент плотно прижимал края

брюшной раны к поверхности матки, то этим вполне было предупреждено попадание в полость брюшины околоплодной жидкости, истечение которой наступило в этот момент. Быстро введенною вслед за этим рукою были захвачены ножки плода, который без труда и был извлечен наружу. Он был в глубокой асфиксии. После перерезки пуповины, ребенок передан был на руки одного из врачей, который наперед уже принял все заботы на оживление его. По извлечению плода, матка тотчас сократилась и кровотечение значительно уменьшилось. Вытянувшись в разрез плацента, при легком потягивании за нее, вскоре была удалена вместе с оболочками. Матка вслед за тем извлечена наружу, а на место ее в брюшную полость введена широкая плоская губка для предупреждения выпадения кишок. На нижний сегмент матки наложена провизорная эластическая лигатура, которая окончательно остановила кровотечение из разреза стенок ее.

Сшивание краев маточной раны составляет один из кропотливых моментов всей операции. Оно произведено было в нашем случае по принципу этапного шва, введенного Шредером и употребляемого при надвлагалищной ампутации тела матки. Некоторое видоизменение состояло только в том, что для субперитонеального и перитонеального соединения краев маточной раны мы применяли непрерывный шов из кетгута, обработанного в *ol. juniperi* [6].

Следует, однако, заметить, что новым было не только использование кетгута и применение вместо серебряной проволоки (по *Sangery*) шелка, ибо А.И. Лебедев считал, что «проволока может быть вполне заменена шелком, который так же надежно держит, как и совершенно дезинфицируется». Главной же особенностью, на наш взгляд, было использование новой техники наложения швов на рану матки, а именно, ее «этажное» зашивание. А.И. Лебедев

ясно представлял, что «этажное» сшивание маточной раны имеет следующее немаловажное значение: «Наш глубокий субдецидуальный шелковый шов представляет собой основной шов, назначенный для полного изолирования полости матки от полости брюшины. С этой стороны он вполне надежен. Второй ряд – субсерозный шов назначен только для подкрепления поверхностного серозного ...».

Далее: «Закрытие брюшной раны и повязка сделаны, как при всякой лапаротомии. Под кожу был впрыснут тотчас после операции шприц Верниховского эрготина К этому времени ребенок совершенно оправился уже от асфиксии и хорошо кричал. Вес и размеры его следующие: мальчик 3750 grm. весом, длиной 50 см. Значительной величины родовая опухоль. Соответственно положению ложек щипцов, находятся поверхностные ссадины и экхимозы на затылочной части головки и на верхней губе. Приведенные размеры показывают, что плод в нашем случае превосходит среднюю величину доношенного плода. Это обстоятельство, точная оценка которого невозможна, пока плод находится в матке, теперь делает нам еще более наглядным те препятствия, которые представлялись здесь для прохождения его через естественные родовые пути.

Послеоперационное выздоровление нашей пациентки прошло так гладко, что оно весьма мало отличалось от нормального послеродового периода. На 11-й день сняты были швы с брюшной раны, на 21-й день оперированной позволено ходить. На 5-й неделе после операции пришли регулы, сопровождавшиеся легкими болями в животе, продолжались около 7-ми дней и окончились благополучно. В настоящее время оперированная чувствует себя вполне здоровою.

Так как, по недостатку молока, мать не могла кормить ребенка, то он, как незаконнорожденный,

был отправлен в Воспитательный дом. Здесь он скоро совершенно оправился от той ничтожной контузии, которую он получил при наложении щипцов. Лишь только исчез кровоподтек на верхней губе, он хорошо начал брать грудь и развивался вполне правильно» [6].

20 ноября 1886 г. А.И. Лебедев выступил на торжественном заседании Общества Русских врачей, посвященном Н.И. Пирогову, с сообщением «Кесарское сечение или краниотомия на живом плоде?» и демонстрацией оперированной им женщины и ее ребенка. Он пришел к выводу, что кесарское сечение позволяет «окончить роды благополучно для плода и матери и, не нанося никакого ущерба детородной способности этой последней, представляет в этом смысле идеал хирургической операции». Свое яркое выступление он закончил с уверенностью и оптимизмом: «В недалеком будущем результаты кесарского сечения будут несомненно еще более доказательнее, но уже и теперь с полным научным правом можно говорить об ограничении слишком поспешного применения краниотомии. Будем надеяться, что, идя этим путем, мы постепенно уменьшим число невинных жертв нашего акушерского пособия». И жизнь подтвердила его позицию!

Литература

1. Груздев В.С. Краткий очерк истории кафедры акушерства и женских болезней Императорской Военно-медицинской академии. – СПб. – 1906. – 104 с.
2. 25-летие (1876-1901) ученой, учебной и клинической деятельности ординарного профессора Императорской Военно-медицинской академии А.И. Лебедева. – СПб. – 1901. – 370 с.
3. Известия Императорской Военно-медицинской академии. – 1906. – Т. 12. – № 1. – С. 636-637.
4. Кальченко А.П., Цвелев Ю.В. Клиника акушерства и гинекологии Военно-медицинской академии (к 150-летию основания). – СПб. –

1992. – 128 с.

5. Лебедев А.И. К учению о чрезмерном накоплении околоплодной жидкости: Дисс. ... доктора медицины. – СПб. – 1878. – 60 с.
6. Лебедев А.И. Кесарское сечение или краниотомия на живом плоде? СПб. – 1878. – 16 с.
7. Лебедев А.И. Краткая биография. – СПб. – 1888. – 7 с.
8. Новицкий А.А., Волосович А.М. Влагалищное грязелечение (грязевые тампоны). – Казань. – 1936. – 54 с.
9. Профессора Военно-медицинской (Медико-хирургической) академии (1798-1998). – СПб.: Наука, 1998. – С. 37.
10. Русский врач. – 1911. – № 13. – С. 493-494.