

УДК 618.19-06-084:614.1:313.13

ЛАСАЧКО С.А.

Донецький регіональний центр охорони материнства та дитинства

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

## ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ НЕПУХЛИННИХ УРАЖЕНЬ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ (РЕЗУЛЬТАТИ РЕГРЕСІЙНОГО АНАЛІЗУ)

**РЕЗЮМЕ.** Метою дослідження було виявлення вікових особливостей впливу деяких порушень репродуктивного здоров'я жінки на стан молочних залоз.

**Матеріал та методи.** В роботі викладено результати регресійного аналізу основних факторів ризику розвитку таких дисгормональних захворювань молочних залоз, як дисплазія, галакторея та мастодинія, у жінок раннього, активного і пізнього репродуктивного віку. Проведено однофакторний аналіз з використанням парної лінійної регресії даних історій хвороб та амбулаторних карт 1057 жінок основної групи і 190 умовно здорових жінок (контрольна група). Проаналізовано 62 фактори, з яких 14 стосовно репродуктивного анамнезу, 8 – становлення та характер менструальної функції, 7 – супутні гінекологічні захворювання, 20 – лактаційний анамнез, 5 – ендокринні захворювання, 3 – стосовно шкідливих звичок.

**Результати, висновки.** Аналіз вікових особливостей факторів ризику виявив, що для раннього репродуктивного періоду є властивим найбільший негативний вплив репродуктивних втрат, запальні захворювання органів малого тазу, порушень режиму грудного вигодовування, паління, короткотривалої лактації, гіперпролактинемії. Для активного репродуктивного віку найбільший негативний вплив також відзначено для репродуктивних втрат та короткотривалої лактації, та, крім того, для безпліддя, захворювань щитоподібної залози, штучного переривання вагітності та паління. Достовірний негативний вплив гінекологічних захворювань та штучного абортів в анамнезі виявився найбільш значущим в підгрупі жінок пізнього репродуктивного віку. Захисний вплив в усіх вікових підгрупах мали: пізній вік менархе, становлення регулярного менструального циклу протягом року, довготривала (більше 12 місяців) лактація.

**Ключові слова:** молочна залоза, репродуктивне здоров'я, вікові особливості, регресійний аналіз, фактори ризику.

Дисгормональні захворювання молочних залоз (МЗ) є надзвичайно розповсюдженими в жінок репродуктивного віку [1, 3, 11]. За даними деяких досліджень, частота цієї патології складає до 50 %, а серед гінекологічних хворих до 70 % [6, 14]. Взаємозв'язок між репродуктивним здоров'ям та станом МЗ, з одного боку, є очевидним, з іншого, багатогранним, складним та недостатньо вивченим [4, 6, 8]. Патогенетичні механізми впливу гінекологічних захворювань та інших порушень репродуктивного здоров'я залишаються нез'ясованими [5, 9, 12]. Хоча наявність дисгормональних захворювань молочних залоз (ДЗМЗ) не становить безпосередньої загрози життю та здоров'ю пацієнток, однак, призводить до дискомфорту, болі, канцерофобії, що суттєво впливає на якість життя жінки, її психоемоційний стан [7, 15]. Саме тому дуже важливими є як питання профілактики та своєчас-

ної корекції ДЗМЗ, так і пошук і виділення найбільш значущих факторів ризику.

**Метою** нашого дослідження було виявлення вікових особливостей впливу деяких порушень репродуктивного здоров'я жінки на стан молочних залоз.

### Матеріали та методи

Було здійснено ретроспективний аналіз історій хвороб та амбулаторних карт 1057 жінок репродуктивного віку з непухлинними ураженнями МЗ і 190 умовно здорових жінок, у яких не було виявлено патології МЗ. Обстеження МЗ проводилося за допомогою клінічного, цитологічного, ультрасонографічного методів. УЗД проводилося на апараті SONOLINE G 50 «Siemens» (Німеччина) з лінійним датчиком частотою 10 МГц.

З метою аналізу взаємозв'язку різних порушень репродуктивного здоров'я та вікових особливостей були виділені підгрупи:

– ранній репродуктивний вік (18-24 роки),  
 – активний репродуктивний вік (25-34 роки),  
 – пізній репродуктивний вік (35-45 років)  
 з різними нозологічними формами ДЗМЗ (дисплазія МЗ (ДМЗ), мастодинія та галакторея згідно МКХ 10 перегляду).

Достовірної різниці за віком між групами та підгрупами не було. В дослідження не були включені пацієнтки з рівнем фолікулостимулюючого гормону вище 20 нг/мл та (або) рівнем антимюллерова гормону менше 1,1 нг/мл [2].

Задля математичної обробки даних використовували парну лінійну регресію (метод найменших квадратів). При однофакторному аналізі проаналізовано 62 фактори, з яких 5 стосовно соціального та сімейного статусу, 14 – репродуктивного анамнезу, 8 – становлення та характер менструальної функції (МФ), 7 – супутні гінекологічні захворювання, 20 – лактаційний анамнез, 5 – ендокринні захворювання, зокрема щитоподібної залози (ЩЗ) та

гіперпролактинемія, 3 – стосовно шкідливих звичок.

### Результати дослідження та їх обговорення

Середній вік обстежених жінок склав  $32,8 \pm 0,2$  років в основній та  $32,6 \pm 0,5$  – в контрольній групах. Розподіл жінок за віком, а також за тривалістю захворювання представлений в таблицях 1, 2.

Встановлено, що хворі з дисплазією МЗ мали вірогідно більшу тривалість захворювання порівняно з мастодинією та галактореєю, що підтверджує думку про те, що мастодинія та галакторея, які проявляються спочатку як ізольовані симптоми, є лише більш ранніми проявами гормональних порушень, що без своєчасної корекції в подальшому в більшості випадків призводять до розвитку об'єктивних морфологічних змін в паренхімі молочних залоз і розгорнутої картини дисплазії молочних залоз.

**Таблиця 1. Розподіл жінок за віком (n, %)**

Група, підгрупа, n	Вік, років		
	18-24	25-34	35-45
ДЗМЗ (всі), n = 1057	141 (13,4 %)	443 (41,9 %)	473 (44,7 %)
ДМЗ, n = 839	104 (12,4 %)	351 (41,8 %)	384 (45,8 %)
Мастодинія, n = 126	21 (16,7 %)	56 (44,4 %)	49 (38,9 %)
Галакторея, n = 92	16 (17,4 %)	36 (39,1 %)	40 (43,5 %)
Контроль, n = 190	26 (13,7 %)	80 (42,1 %)	84 (44,2 %)

Примітка. Достовірної різниці між групами та підгрупами не зареєстровано,  $p > 0,05$ .

**Таблиця 2. Розподіл жінок за тривалістю захворювання (n, %)**

Група, підгрупа, n	Тривалість захворювання, років (n/ %)			Середня тривалість, років (M $\pm$ m)
	1 – 2	3 – 5	більше 5	
ДЗМЗ всі, n = 1057	401 (37,9 %)	550 (52,1 %)	106 (10,0 %)	3,25 $\pm$ 0,06
ДМЗ, n = 839	285 (34,0 %)	460 (54,8 %)	94 (11,2 %)	3,41 $\pm$ 0,06
Мастодинія, n = 126	70 (55,6 %)* **	50 (39,6 %)* **	6 (4,8 %)* **	2,55 $\pm$ 0,12***
Галакторея, n = 92	46 (50,0 %)* **	40 (43,5 %)*	6 (6,5 %)	2,71 $\pm$ 0,15***

Примітки:

1. \* – різниця з показниками групи ДМЗ достовірна,  $p < 0,05$ ,

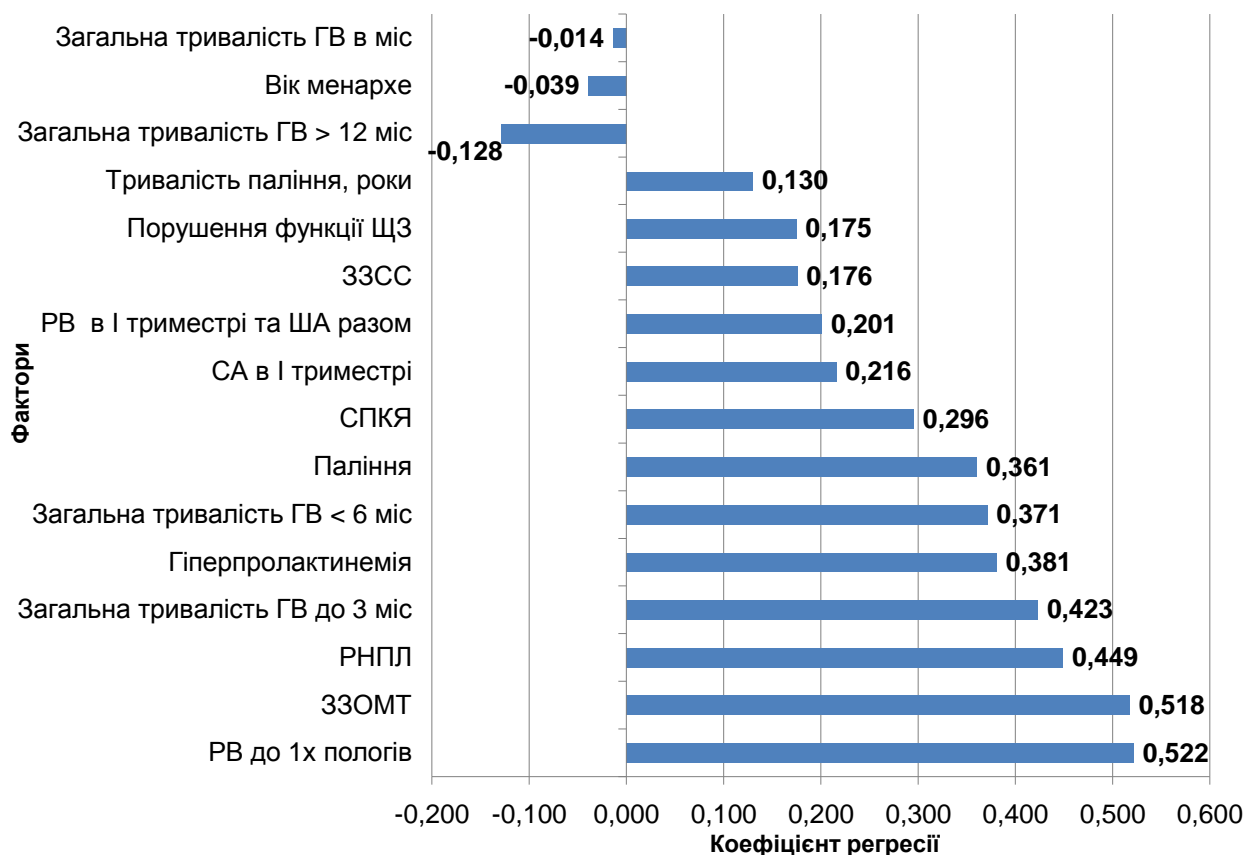
2. \*\* – різниця з показниками групи «ДЗМЗ всі» достовірна,  $p < 0,05$

З метою пошуку вікових особливостей розвитку різних морфологічних форм ДЗМЗ ми також виконали окремо регресійний аналіз в різних вікових підгрупах. В віковій підгрупі 18-24 років, тобто ранній репродуктивний вік, найбільший негативний вплив щодо розвитку ДМЗ був характерним для порушень режиму грудного вигодовування (ГВ), короткотривалої лактації, запальних захворювань статеві сфери (ЗЗСС), зокрема органів малого тазу (ЗЗОМТ), а також репродуктивних втрат (РВ) та штучних абортів (ША) до 1 пологів (рис. 1).

Також встановлено негативний вплив паління, гіперпролактинемії, дис-

функції яєчників у вигляді СПКЯ, і також для порушень функції ЩЗ. Додатково слід зазначити достовірний вплив раптового немедикаментозного припинення лактації (РНПЛ, коефіцієнт 0,449,  $p=0,008$ ). Захисний вплив в цій віковій підгрупі встановлено для наступних факторів: встановлення регулярного менструального циклу протягом року, пізній вік менархе та довготривала лактація.

Достовірний вплив на розвиток мастодинії в цій віковій підгрупі доведено лише для порушень режиму ГВ та паління, захисний – для фактору встановлення регулярного МЦ протягом року (рис. 2).



**Рис. 1. Основні результати лінійного регресійного аналізу впливу найбільш вагомих факторів ризику на розвиток ДМЗ у жінок раннього репродуктивного віку (частина показників)**

В розвитку галактореї в віковій підгрупі жінок раннього репродуктивного віку разом з палінням, короткотривалим періодом ГВ та порушеннями лактації у вигляді лактостазу встановлено достовірний негативний вплив розлучення та гіперпролактинемії, захисний вплив тривалого ГВ (рис. 3).

В віковій підгрупі 25-34 роки також основними факторами ризику розвитку

ДЗМЗ виявились короткотривала лактація, порушення лактації у вигляді маститу та лактостазу, наявність репродуктивних втрат в I триместрі, особливо до 1 пологів, безпліддя та використання ДРТ, паління, вища освіта, наявність альгодисменореї, гіперпролактинемії, СПКЯ, захворювань та порушення функції ЩЗ, запальних захворювань жіночої статеві сфери (рис. 4).

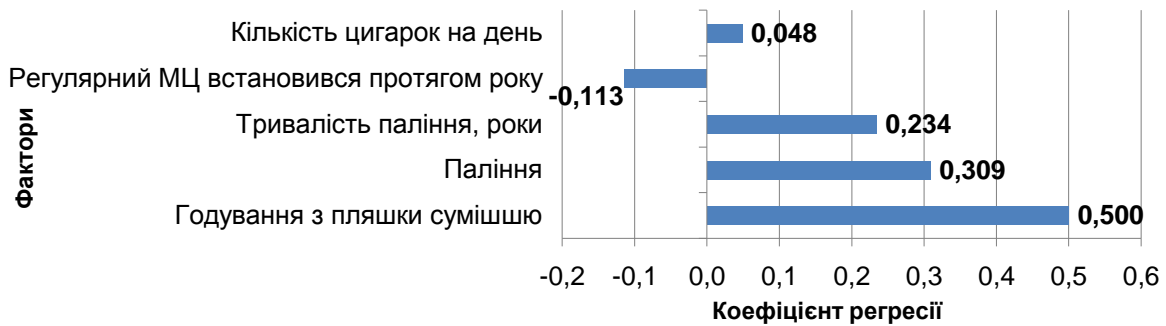


Рис. 2. Результати лінійного регресійного аналізу впливу найбільш вагомих факторів ризику на розвиток мастити у жінок раннього репродуктивного віку (частина показників)

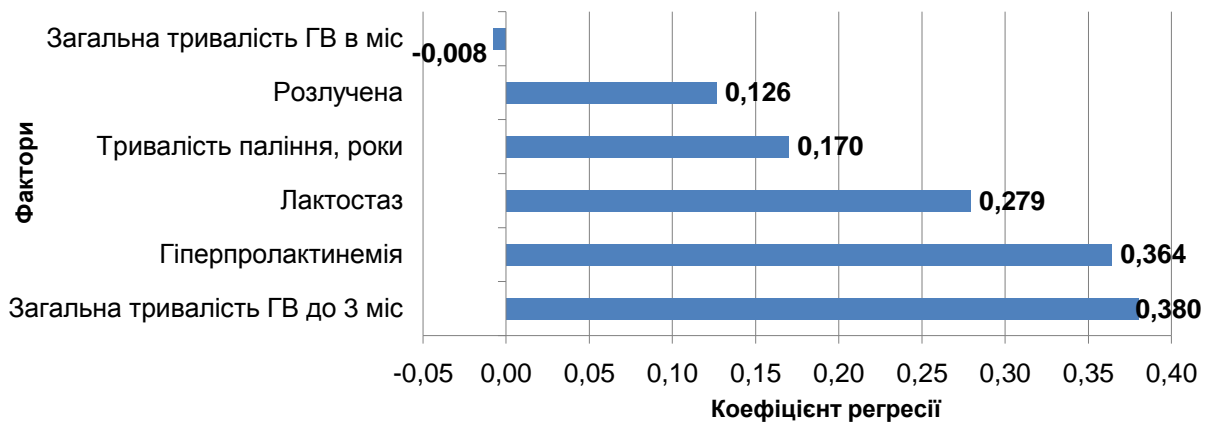


Рис. 3. Результати лінійного регресійного аналізу впливу факторів ризику на розвиток галактореї у жінок раннього репродуктивного віку

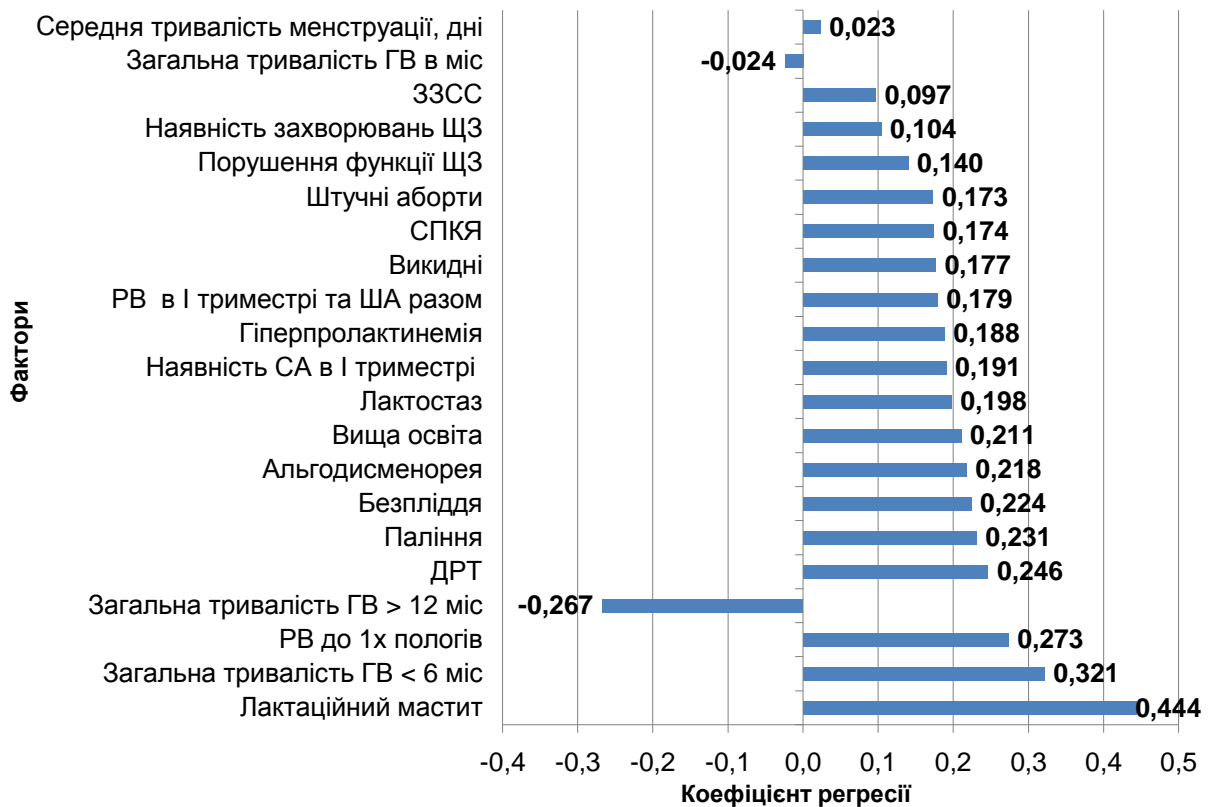
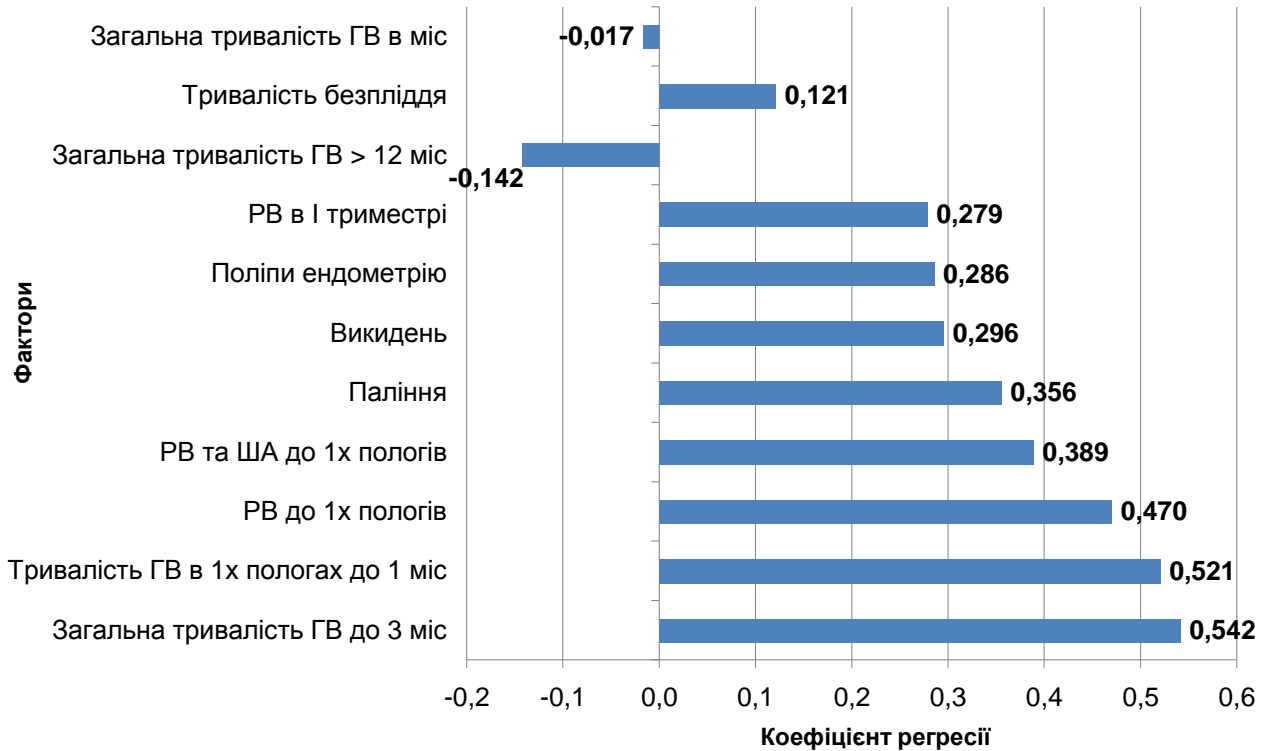


Рис. 4. Результати лінійного регресійного аналізу впливу найбільш вагомих факторів ризику на розвиток ДЗМЗ у жінок активного репродуктивного віку (частина показників)

Стосовно даних регресійного аналізу в підгрупах ДМЗ та галакторея у жінок віком 25-34 років принципових відмінностей від основної групи в цілому не знайдено. Відмінністю для підгрупи мастодинія у жі-

нок віком 25-34 років є збільшення значення репродуктивних втрат (рис. 5). Крім того, серед гінекологічних захворювань в цій підгрупі вдалося довести достовірний вплив лише для поліпів ендометрію.



**Рис. 5. Результати лінійного регресійного аналізу впливу найбільш вагомих факторів ризику на розвиток мастодинії у жінок активного репродуктивного віку (частина показників)**

В віковій підгрупі 35-45 років (пізній репродуктивний період) достовірний вплив ( $p < 0,05$ ) встановлено для найбільшої кількості факторів: 38 з проаналізованих 62, з них негативний для 33, захисний для 5 (табл. 3).

Для цієї вікової підгрупи є характерним основний вплив тих факторів, що і в інших вікових підгрупах: короткотривала лактація, порушення лактації та режиму ГВ, наявність репродуктивних втрат в анамнезі (причому найбільший вплив має фактор наявності репродуктивних втрат до 1 пологів), паління, порушення функції ЦЗ, безпліддя. Однак, лише для цієї вікової підгрупи вдалось довести достовірний негативний вплив наявності в анамнезі позаматкової вагітності, а негативне значення штучного переривання вагітності в анамнезі було більш вагомим (найбільший серед усіх вікових підгруп коефіцієнт регресії). Також в цій віковій підгрупі найбільший перелік гінекологічних захворювань, що мають достовірно

негативний вплив на стан МЗ, та вперше продемонстровано достовірний негативний вплив лейоміоми матки. Захисний вплив в цій віковій підгрупі встановлено для наступних факторів: пізній вік менархе та довготривала лактація.

Стосовно даних регресійного аналізу в підгрупах ДМЗ та мастодинія у жінок віком 35-45 років принципових відмінностей від основної групи в цілому не знайдено. Слід лише зазначити, що достовірний негативний вплив лікування безпліддя з використанням методів ДРТ доведено в цій віковій підгрупі тільки для жінок з мастодинією (коефіцієнт 0,405,  $p = 0,026$ ). В підгрупі галакторея, на відміну від попередніх, вплив фактору наявності репродуктивних втрат до 1 пологів виявився найбільш значущим (рис. 6). Додатково, достовірно значення мала наявність гіперпролактинемії, всіх різновидів репродуктивних втрат, позаматкової вагітності та штучного абортів в анамнезі.

**Таблиця 3. Основні результати лінійного регресійного аналізу впливу найбільш вагомих факторів ризику на розвиток ДЗМЗ у жінок пізнього репродуктивного віку (частина показників)**

Фактор	Коефіцієнт	Стандартна помилка	t-статистика	p-значення
Лактаційний мастит	0,534	0,188	2,840	0,011
Годування з пляшки сумішшю	0,323	0,140	2,311	0,025
Загальна тривалість ГВ <6 міс	0,313	0,038	8,131	<0,001
Загальна тривалість ГВ > 12 міс	-0,281	0,043	-6,591	<0,001
Загальна тривалість ГВ до 1 міс	0,252	0,070	3,583	0,0004
Загальна тривалість ГВ до 3 міс	0,246	0,052	4,705	<0,001
Репродуктивні втрати до 1-х пологів	0,244	0,057	4,317	<0,001
Тривалість ГВ в 1-х пологах більше року	-0,238	0,047	-5,080	<0,001
Штучний аборт	0,232	0,034	6,788	<0,001
Лейоміома матки	0,219	0,049	4,452	<0,001
Наявність РВ в I триместрі	0,209	0,040	5,178	<0,001
СА в I триместрі	0,203	0,043	4,682	<0,001
Паління	0,199	0,085	2,355	0,019
Раптове немедикаментозне припинення лактації	0,197	0,077	2,558	0,011
Попередження лактації	0,189	0,069	2,745	0,006
Альгодисменорея	0,187	0,089	2,097	0,036
Вагітність що не розвивається	0,185	0,059	3,144	0,002
Викидень в I триместрі	0,181	0,057	3,169	0,002
Поліпи ендометрію	0,176	0,074	2,381	0,018
Порушення функції ЩЗ	0,166	0,039	4,230	<0,001
Позаматкова вагітність	0,164	0,077	2,143	0,032
Лактостаз	0,157	0,071	2,228	0,026
Ендометріоз	0,154	0,059	2,626	0,009
Наявність захворювань ЩЗ	0,149	0,046	3,261	0,001
Запальні захворювання жіночої статеві сфери	0,096	0,041	2,358	0,019
Тривалість паління, роки	0,058	0,019	3,057	0,002
Тривалість безпліддя	0,039	0,015	2,551	0,015
Тривалість ГВ в перших пологах, міс	-0,028	0,003	-8,145	<0,001
Вік менархе	-0,025	0,010	-2,467	0,014
Кількість цигарок на день	0,019	0,008	2,518	0,012
Загальна тривалість ГВ в міс.	-0,017	0,003	-6,822	<0,001

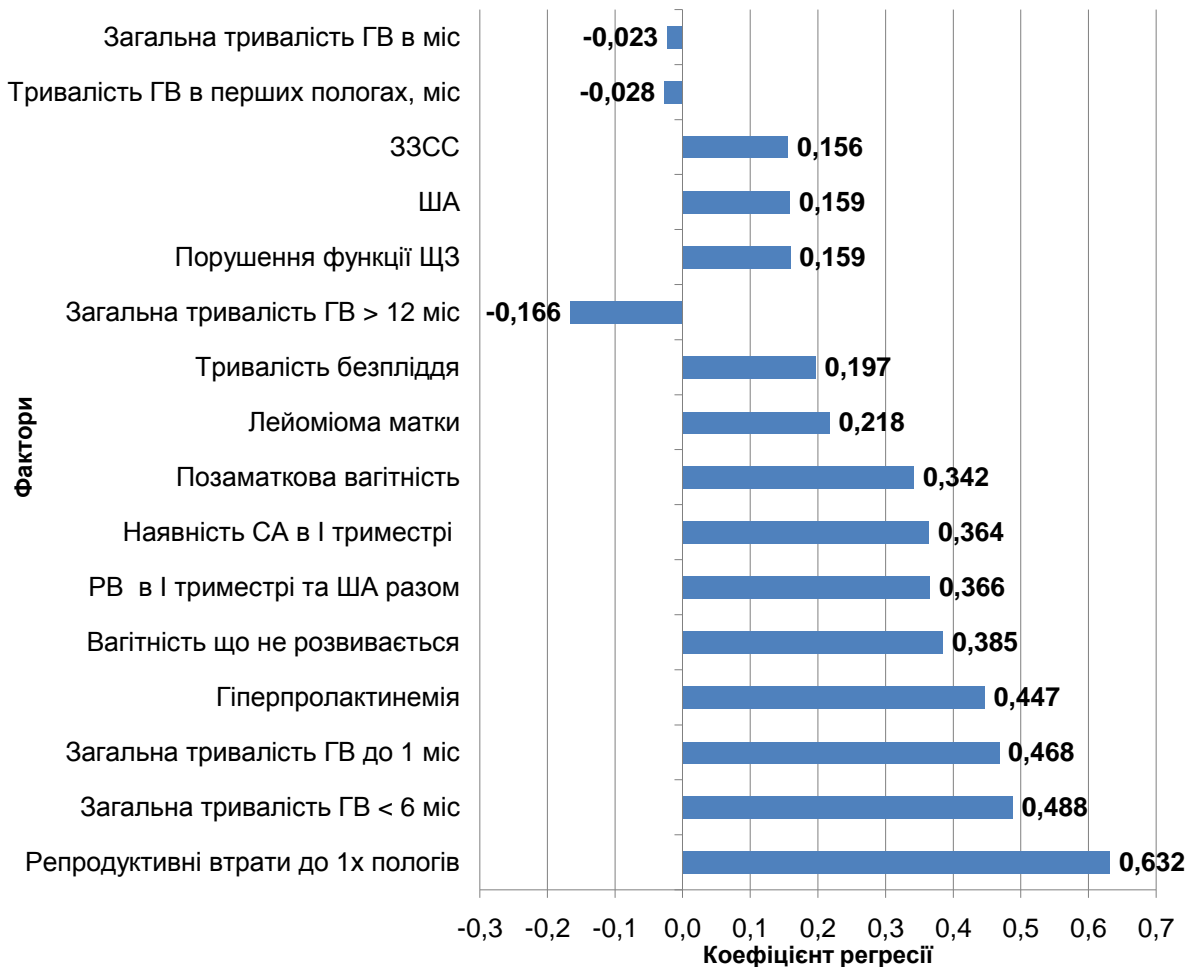


Рис. 6. Основні результати лінійного регресійного аналізу впливу найбільш вагомих факторів ризику на розвиток галактореї у жінок пізнього репродуктивного віку (частина показників)

## Висновки

Таким чином, проведення регресійного аналізу продемонструвало достовірний найбільший негативний вплив на стан молочних залоз таких чинників, як наявність репродуктивних втрат в анамнезі, особливо до перших пологів, порушень лактації, короткотривала лактація, порушення режиму грудного вигодовування, гінекологічні захворювання, безпліддя, захворювання щитовидної залози, гіперпролактинемія, розлучення, паління. Захисний вплив мали пізній вік менархе, становлення менструального циклу протягом року, довготривала (більше 12 місяців) лактація.

Аналіз вікових особливостей факторів ризику виявив, що для раннього репродуктивного періоду є властивим найбільший негативний вплив репродуктивних втрат, запальних захворювань органів малого тазу, порушень режиму грудного ви-

годовування, паління, короткотривалої лактації, гіперпролактинемії.

Для активного репродуктивного віку найбільший негативний вплив також відзначено для репродуктивних втрат та короткотривалої лактації, та, крім того, для безпліддя, захворювань щитовидної залози, штучного переривання вагітності та паління.

Особливістю результатів регресійного аналізу для жінок з дисгормональними захворюваннями молочних залоз пізнього репродуктивного періоду є більший – порівняно з попередніми віковими підгрупами – вплив гінекологічних захворювань та штучного абортів в анамнезі, хоча негативний вплив тих факторів, що мали значення для молодших жінок, також є властивим. Причому найбільший коефіцієнт в цій віковій підгрупі мали фактори репродуктивних втрат до перших пологів та короткотривала лактація.

## Список літератури

1. Бабич Т.Ю. Лактация и здоровье молочных желез/ Т.Ю. Бабич, С.А. Ласачко, О.А. Джеломанова// Основы репродуктивной медицины: практическое руководство/ под ред. чл.-кор. НАМН Украины, проф. В.К. Чайки. – [2-е изд. испр. и доп.]. – Донецк: ЧП «Лавис», 2011. – С. 483-488.
2. Булаченко О.В. Антимюллеров гормон как маркер репродуктивной системы женщины/ О.В. Булаченко// Альманах репродуктивного здоровья/ под ред. В.Н. Запорожана, Т.Ф. Татарчук. – Киев: Репродуктивная эндокринология, 2012. – С.52-56.
3. Горденчук З. Лактация и её продолжительность: отдаленные эффекты для здоровья женщины/ З. Горденчук, О. Шлемкевич, Т. Лехновская// Медицина світу. – 2009. – № 3. – С. 183-197.
4. Горденчук З. Лактація та рак молочної залози: чи варто годувати грудьми також після року/ З. Горденчук, О. Шлемкевич// 3 турботою про здоров'я жінки. – 2009. – № 6 (12). – С. 26-29.
5. Писарева О.П. Дифференцированный подход к применению препаратов гестагенного действия при невынашивании беременности/ О.П. Писарева// Здоровье женщины. – 2012. – № 1. – С.21-23.
6. Татарчук Т.Ф. Лечение стресс-индуцированной недостаточности лютеиновой фазы/ Т.Ф. Татарчук, Н.В. Косей, Т.Н. Тутченко// Репродуктивная гинекология. – 2011. – № 2. – С. 34-41.
7. Татарчук Т.Ф. Оптимизация методов лечения недостаточности лютеиновой фазы у женщин репродуктивного возраста на фоне гиперпролактинемии/ Т.Ф. Татарчук, О.В. Булаченко, Т.Н. Тутченко// Здоровье женщины. – 2008. – № 2. – С. 72-77.
8. Чайка В.К. Ретроспективная оценка факторов риска возникновения заболеваний молочных желез / В.К. Чайка, С.А. Ласачко, А.А. Трезубенко// Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2009. – Т. 14, № 4. – С. 4-7.
9. Косей Н.В. Фітотерапія в лікуванні дисгормональних доброякісних захворювань молочних залоз у жінок з лейоміомою матки/ Н.В. Косей// Репродуктивное здоровье женщины. – 2008. – № 4 (38). – С. 171-173.
10. Чайка В.К. Современные направления амбулаторной помощи в акушерстве и гинекологии/ В.К. Чайка, В.П. Кващенко. – Донецк: ООО «Лебедь», 2003 – С. 141-153; 195-203.
11. Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги: Наказ МОЗ України № 676 від 31.12.2004. – К., 2004. – 186 с.
12. Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні: Наказ МОЗ України № 417 от 15.07.2011. – К., 2011. – 86 с.
13. Про диспансеризацію населення: Наказ МОЗ України № 728 від 27.08.2010. – К., 2010. – 88 с.
14. Breast cancer and breastfeeding: collaborative re-analysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease/ Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer// Lancet. – 2002. – Vol. 360, N 9328. – P. 187-195.
15. Physical activity, body size, and estrogen metabolism in women/ Matthews C.E., Fowke J.H., Dai Q. [et al.]/ Cancer Causes Control (Netherlands). – 2004. – Vol. 15, N 5. – P. 473-481.
16. Haas D.M. Progestogen for preventing miscarriage/ D.M. Haas, P.S. Ramsey// Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2008. – Issue 2. – Art. No.: CD003511.
17. Neville M.C. Physiology and endocrine changes underlying human lactogenesis/ M.C. Neville// J. Nutrit. 2001. – Vol. 131, N 11. – P. 300-308.

Отримано 27/02/2014

ЛАСАЧКО С. А.

Донецкий региональный центр охраны материнства и детства  
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького**ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ (РЕЗУЛЬТАТЫ РЕГРЕССИОННОГО АНАЛИЗА)****РЕЗЮМЕ.** Целью исследования являлось выявление возрастных особенностей воздействия некоторых нарушений репродуктивного здоровья на состояние молочных желез.**Материал и методы.** В работе изложены результаты регрессионного анализа основных факторов риска развития таких дисгормональных заболеваний молочных желез, как дисплазия, галакторея и мастодиния, у женщин раннего, активного и позднего репродуктивного возраста. Проведен однофакторный анализ с использованием парной линейной регрессии данных историй болезней и амбулаторных карт 1057 женщин основной группы и 190 условно здоровых женщин (контрольная группа). Проанализированы 62 фактора, из которых 14 в отношении репродуктивного анамнеза, 8 – становление и характер менструальной функции, 7 – сопутствующие гинекологические заболевания, 20 – лактационный анамнез, 5 – эндокринные заболевания, 3 – в отношении вредных привычек.**Результаты, выводы.** Анализ возрастных особенностей факторов риска выявил, что для раннего репродуктивного периода наибольшее негативное воздействие имели репродуктивные потери, воспалительные заболевания органов малого таза, нарушения режима грудного вскармливания, курение, кратковременная лактация, гиперпролактинемия. Для активного репродуктивного возраста наибольшее негативное влияние отмечено для репродуктивных потерь и кратковременной лактации, бесплодия, заболеваний щитовидной железы, искусственного прерывания беременности и курения. Достоверное негативное влияние гинекологических заболеваний и искусственного аборта в анамнезе оказался наиболее значимым в подгруппе женщин позднего репродуктивного возраста. Защитное воздействие во всех возрастных подгруппах имели: поздний возраст менархе, становление регулярного менструального цикла в течение года, длительная (более 12 месяцев) лактация.**Ключевые слова:** молочная железа, репродуктивное здоровье, возрастные особенности, регрессионный анализ, факторы риска.



LASACHKO S.A.

*Donetsk regional center of protection of maternity and childhood  
Donetsk national medical university named after M. Gorky*

**AGE FEATURES OF THE RISK FACTORS FOR NON-TUMOR  
BREAST DISEASES (RESULTS OF REGRESSION ANALYSIS)**

**SUMMARY. Objective** of this study was to determine the effects of reproductive health disorders status of breast in certain age groups.

**Material and methods.** The article presents the results of the regression analysis of the major risk factors such dishormonal breast diseases, as dysplasia, galactorrhea, mastalgia in women of early, active and late reproductive age. Performed univariate analysis using the simple linear regression data from medical documents of outpatients in 1057 women from the main group and 190 apparently healthy women (control group). 62 factors analyzed, 14 of which in relation to reproductive history, 8 – character formation and menstrual function, 7 – related gynecological diseases, 20 – lactation history, 5 – endocrine diseases, 3 – about unhealthy habits.

**Results and conclusions.** Analysis of age characteristics of risk factors revealed that early reproductive period had the greatest negative impact of reproductive losses, inflammatory diseases of the pelvic organs, abnormality in the breast-feeding, smoking, short lactation, hyperprolactinemia. For active reproductive age the greatest negative impact noted for reproductive losses and short lactation, infertility, thyroid disease, abortion and smoking. Significant negative impact of gynecological diseases and abortion history was the most substantial in the subgroup of women of late reproductive age. Protective effect in all age subgroups were: late age of menarche, menstrual cycle formation during the year, long-term (over 12 months) lactation.

**Keywords:** breast, reproductive health, age features, regression analysis, risk factors.