

## Ураження слизових оболонок ротової порожнини. Клінічні випадки

For citation: Oral and General Health.2024;5(2):89-93. doi: 10.22141/ogh.5.2.2024.196

**Резюме. Актуальність.** Часто при деяких інфекційних захворюваннях, окрім типових проявів, спостерігаються характерні запальні зміни на слизових оболонках, які можуть імітувати перебіг інших хвороб. **Мета дослідження:** на прикладі клінічних випадків нагадати стоматологам та лікарям загальної практики про важливість диференціальної діагностики уражень слизової оболонки рота при інфекційних та неінфекційних патологіях. **Матеріали та методи.** Ми провели емпіричне, описове дослідження 3 клінічних випадків ураження слизової оболонки ротової порожнини у дітей, які проходили стаціонарне лікування в КНП «Київська міська дитяча клінічна інфекційна лікарня») у період 2023–2024 рр. **Результати.** У першому клінічному випадку описана маніфестація цукрового діабету I типу, що супроводжувалась кандидозом слизової оболонки порожнини рота, який попередньо був розцінений як підозра на кір. Другий клінічний випадок демонструє афтозний стоматит при ВІЛ-інфекції, що попередньо був прийнятий за гострий тонзиліт у дитини. Третій випадок стосувався ентеровірусного везикулярного стоматиту, що за характером елементів нагадував вітряну віспу. **Висновки.** Ураження слизових оболонок ротової порожнини можуть імітувати прояви поширених інфекційних та неінфекційних хвороб. Тому диференціальна діагностика різних уражень слизової оболонки рота є надзвичайно важливою в різних галузях медицини та стоматології.

**Ключові слова:** слизова оболонка; ротова порожнина; кандидоз; стоматит; діти

### Вступ

Часто при деяких інфекційних захворюваннях, окрім типових проявів, спостерігаються характерні запальні зміни на слизових оболонках, які можуть імітувати перебіг інших хвороб. Ці зміни характеризуються появою висипань на слизовій оболонці — плям, афт, ерозій, везикул, які можуть зливатися та поширюватися по всій поверхні слизової оболонки, що є однією з найчастіших причин звернення батьків до педіатрів, сімейних лікарів та стоматологів.

Поширеність уражень слизової оболонки порожнини рота варіює, за даними літератури, від 4,9 до 64,7 % людей по усьому світі [1].

Ураження слизової оболонки рота може спостерігатись при низці інфекційних хвороб, як-от кір, HSV 1-го типу, рецидивуюча герпесвірусна інфекція, вітряна віспа, VZV, інфекційний мононуклеоз, кандидоз слизової оболонки порожнини рота, ВІЛ/СНІД, ентеровірусна інфекція, стрептококове імпетиго тощо. Се-

ред неінфекційних станів зміни на слизовій оболонці можуть виникати при багатомірній ексудативній еритемі, хворобі Кавасакі, синдромі Стівенса — Джонсона, цукровому діабеті та синдромі Маршалла [2–6].

Оскільки клінічні прояви уражень слизової оболонки порожнини рота можуть бути дуже схожими між собою, стоматологи та спеціалісти загальної практики повинні знати про широкий спектр їх етіології та походження.

**Мета:** на прикладі клінічних випадків нагадати стоматологам та лікарям загальної практики про важливість диференціальної діагностики уражень слизової оболонки порожнини рота при інфекційних та неінфекційних патологіях.

### Матеріали та методи

Ми провели емпіричне, описове дослідження 3 клінічних випадків ураження слизової оболонки ротової порожнини у дітей, які проходили стаціонарне

 © 2024. The Authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License, CC BY, which allows others to freely distribute the published article, with the obligatory reference to the authors of original works and original publication in this journal.

Для кореспонденції: Палатна Людмила Олександрівна, к.м.н., доцент кафедри дитячих інфекційних хвороб, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, бульв. Тараса Шевченка, 13, м. Київ, 01601, Україна; e-mail: doctorluda@ukr.net; контактний телефон: +380 (66) 938-58-56

For correspondence: Lyudmila Palatna, PhD in Medicine, Associate Professor, Department of Pediatric infectious diseases, Bogomolets National Medical University, Taras Shevchenko boulevard, 13, Kyiv, 01601, Ukraine; e-mail: doctorluda@ukr.net; contact phone: +380 (66) 938-58-56

Full list of authors information is available at the end of the article.

лікування в КНП «Київська міська дитяча клінічна інфекційна лікарня» («КМДКІЛ») у період 2023–2024 рр.

## Результати

### Клінічний випадок 1

Дитина, 5 років, доставлена бригадою екстреної медичної допомоги до приймального відділення КНП «КМДКІЛ» зі скаргами на лихоманку, в'ялість, відсутність апетиту, спрагу, часте сечовипускання та неприємний запах з рота.

Із анамнезу захворювання відомо, що дитина захворіла за два тижні до госпіталізації, коли з'явився біль у горлі, по медичну допомогу не зверталися. Лікувалися симптоматично. Через 2 дні з'явився кашель. Через наступні 2 дні у дитини з'явилась спрага. Зі слів мами, дитина почала випивати до двох літрів води. На 10-й день хвороби вперше звернулись до дільничного педіатра, діагноз: ГРВІ (призначене місцеве лікування). Через декілька днів динаміки немає, без поліпшення. На внутрішній поверхні слизової оболонки щік та губ спостерігались білі нашарування. Була викликана бригада ЕМД, і дитина була доставлена до лікарні з підозрою на кір. За тяжкістю стану дитину госпіталізовано у відділення анестезіології та інтенсивної терапії.

Анамнез життя: дитина від 3-ї вагітності, 3-х фізіологічних пологів. Маса тіла при народженні 3800 г, зріст 54 см. Росла і розвивалась згідно з віком. Щеплена за календарем. Алергологічний анамнез не обтяжений. Зі слів мами, бабуся хворіє на цукровий діабет II типу. На диспансерному обліку не перебуває.

Загальний стан дитини дуже тяжкий за рахунок кетоацидозу на тлі цукрового діабету (глюкоза крові на момент надходження — 30,0 ммоль/л), периферичних гемодинамічних порушень. Свідомість порушена, дитина в'яла, сонлива, адинамічна. За ШКГ 13 балів (E3V4M6) — помірне оглушення. Судом та блювання на момент огляду немає. Менінгеальні знаки негативні. М'язовий тонус помірно симетрично знижений. Температура тіла 37,4 °С. Шкіра бліда, суха, виражена мармуровість, акроціаноз, кінцівки холодні на дотик, висипу немає. Слизова оболонка порожнини рота суха, вкрита білим нальотом у вигляді білих нашарувань на щоках, внутрішній поверхні губ, які зливаються, мигдалики збільшені. Мікроциркуляція порушена. Час капілярного наповнення до 4 секунд. Дихання самостійне за типом Куссмауля. Виразене тахіпноє. ЧД 45/хв. SpO<sub>2</sub> 89 % (на фоні дихання атмосферним повітрям). Аускультативно дихання жорстке, проводиться у всі відділи легень симетрично. Хрипи не вислуховуються. Тони серця приглушені, ритмічні. Гемодинаміка стабільна. Відмічається тахікардія. ЧСС 140/хв. АТ 110/60 мм рт.ст.

Дитину в екстреному порядку взято до реанімаційної зали, налагоджена інсуфляція зволоженого підігрітого O<sub>2</sub> через лицьову маску, забезпечено два периферичних венозних доступи. Проведено забір крові для лабораторних обстежень. Розпочато інфузійну терапію розчином 0,9% NaCl 20 мл/кг/год. За результатами

КОС — декомпенсований метаболічний ацидоз, до терапії додано розчин NaHCO<sub>3</sub> 4% — 1 ммоль/кг.

З огляду на клінічну картину, лабораторні показники (глюкоза крові 30,0 ммоль/л, декомпенсований метаболічний ацидоз), дані анамнезу (спрага, поліурія протягом тижня) встановлено діагноз: цукровий діабет I типу, вперше виявлений. Декомпенсований кетоацидоз. Гострий тонзиліт. Кандидоз слизової оболонки порожнини рота.

Після призначення відповідного обстеження та лікування (інсулінотерапія — Актрапід 0,05–0,1 МО/кг/год; інфузійна терапія сольовими розчинами в режимі регідратації; антибактеріальна терапія; контроль глюкози крові, показників КОС, електролітів у динаміці; ситуаційна та симптоматична терапія; кардіореспіраторний моніторинг; клініко-лабораторний контроль) дитина була виписана із позитивною динамікою під спостереження дитячого ендокринолога.

### Клінічний випадок 2

Дитина, 5 років, надійшла зі скаргами на задишку, біль за грудиною, лихоманку до 39,9 °С, висипання на губах і слизовій ротоглотки, слабкість, біль у роті.

З анамнезу захворювання: хворіє протягом тижня. Спостерігався підйом температури до 38,5 °С, педіатром призначене місцеве лікування. Мама давала противірусні засоби, кортикостероїди внутрішньом'язово та у вигляді супозиторіїв. Стан дитини не поліпшувався. Через 5 днів на губах і у роті з'явилися висипання та біль при ковтанні. Температура 39,9 °С, різко утруднене дихання, задишка. Бригадою ЕМД госпіталізована з підозрою на гострий тонзиліт.

В анамнезі перенесений афтозний стоматит 5 місяців тому. При огляді тяжкість стану зумовлена вираженою дихальною недостатністю, SpO<sub>2</sub> 80–84 %. Відмічається втягнення міжреберних проміжків, допоміжна мускулатура бере участь в акті дихання. Слизова оболонка ротоглотки яскраво гіперемована. На мигдаликах нашарування грибкового характеру. На яснах та язичку спостерігаються афти. Периферичні лімфовузли збільшені. Аускультативно в легенях жорстке дихання, хрипи не вислуховуються.

При надходженні запідозрено афтозний стоматит, гіпертермічний синдром та коронавірусну інфекцію. Дитині було проведено загальноклінічні обстеження та виявлені антитіла до ВІЛ 1/2-го типу в крові швидким тестом на ВІЛ. ПЛР назофарингеального мазка на SARS-CoV-2 негативна. Заключний діагноз: ВІЛ-інфекція.

### Клінічний випадок 3

Звернулась мама дитини 4 років зі скаргами на температуру 39,9 °С упродовж 2 днів, біль у горлі та неможливість їсти. Зі слів мами, у дитини з'явилися червоні плями у горлі, білі нашарування в роті на піднебінні, дужках та крововиливи на піднебінні. На 4-й день виник червоний висип по тілу. Попередній діагноз при надходженні — вітряна віспа.

В оточенні у дітей спостерігалася температура, висипання по тілу.



**Рисунок 1. Клінічний випадок 3. Ентеровірусна інфекція. Папульозно-везикулярний висип на голіці (синдром «рука — нога — рот»)**



**Рисунок 2. Клінічний випадок 3. Ентеровірусна інфекція. Ентеровірусний везикулярний стоматит (синдром «рука — нога — рот»)**

При огляді: шкірні покриви звичайного кольору, тургор збережений, теплі на дотик. На обличчі, більше на підборідді, на тулубі, кінцівках, пальцях рук відмічаються висипання у вигляді папул та везикул (рис. 1). Мигдалики збільшені, нашарування відсутні. Слизова оболонка ротогортла гіперемована, на гіперемованих піднебінних дужках та м'якому піднебінні рясні везикульозні висипання (рис. 2). Язик густо обкладений білим нашаруванням. Підщелепні та шийні лімфовузли збільшені до 0,5 см, щільно-еластичні, чутливі, не спаяні. Носове дихання вільне, виділення відсутні. Дихання над легеньми везикулярне, хрипи не вислуховуються. Тони серця гучні, ритмічні, шуми відсутні. Живіт м'який, безболісний. Печінка і селезінка не збільшені.

При проведенні пацієнту загальноклінічних та лабораторних обстежень діагностовано ентеровірусний везикулярний стоматит з екзантемою.

## Обговорення

Наведені клінічні випадки наочно демонструють важливість діагностики запальних змін на слизових оболонках та складність диференціації ураження ротової порожнини при різноманітній інфекційній та неінфекційній патології.

У першому клінічному випадку описана маніфестація цукрового діабету I типу, що супроводжувалась кандидозом слизової оболонки порожнини рота, який попередньо був розцінений як підозра на кір. Патогномонічним проявом для катарального періоду кору є плями Копліка. Це невеликі крупинчастоподібні нашарування, що мають розмір макового зерна та оточені гіперемованою облямівкою [7]. Вони виникають внаслідок некрозу і атипового ороговіння епітелію слизової оболонки порожнини рота через безпосередню дію вірусу. За формою та кольором цей висип може нагадувати кандидоз, проте плями Копліка з'являються за декілька днів до початку корової екзантеми і швидко зникають [8]. У свою чергу, кандидоз — це умовно-патогенна інфекція ротової порожнини, спричинена надмірним розростанням *Candida albicans*. Різноманітні фактори ризику, як-от вік, стать, гігієна порожнини рота, шкідливі звички, порушення рН слини та сухість у роті, роблять хво-

рих на цукровий діабет сприйнятливими до виникнення кандидозу порожнини рота [9]. Кандидозний стоматит зустрічається найчастіше у новонароджених та дітей раннього віку [10]. Основна ознака захворювання — це поява крапкоподібних елементів та білого нашарування на язиці, яснах, щоках, внутрішній поверхні губ, м'якого і твердого піднебіння, що нагадує скисле молоко та легко знімається шпательом. У тяжких випадках нашарування набувають сірувато-брудного кольору та щільного характеру, важко знімаються і після їх видалення спостерігається кровоточивість слизової оболонки.

Другий клінічний випадок демонструє афтозний стоматит при ВІЛ-інфекції, що попередньо був прийнятий за гострий тонзиліт у дитини.

За даними літератури, захворювання порожнини рота є одним із найпоширеніших проявів у ВІЛ-позитивних дітей і часто є першою формою імуносупресії [11]. Рецидивуючий афтозний стоматит є найпоширенішим захворюванням слизової оболонки порожнини рота, яке зустрічається у чоловіків і жінок різного віку, раси та географічних регіонів. Існує три форми ураження — незначна, велика та герпетично-формна, що супроводжуються великими афтами, які спричиняють сильний біль і можуть утворювати рубці. У ВІЛ-інфікованих осіб ці виразки виникають частіше, тривають довше та викликають більш хворобливі симптоми, ніж у людей без імунodefіциту. Крім того, вони можуть бути пов'язані з аналогічними виразками стравоходу, прямої кишки, заднього проходу та статевих органів [12].

Третій випадок стосувався ентеровірусного везикулярного стоматиту, що за характером елементів нагадував вітряну віспу. Обидва захворювання є контагіозними вірусними інфекціями, що частіше вражають дітей. Спільною ознакою для обох захворювань є поява везикул. Висип при вітряній віспі починається з тулуба та поширюється протягом наступних 7–10 днів до голови, рук і ніг, а висип при ентеровірусній інфекції розвивається переважно в роті, а також на руках і ногах, тому синдром має назву «рука — нога — рот» [13].

Основною ознакою вітряної віспи є несправжній поліморфізм висипу з елементами на різних стаді-

ях розвитку. Інкубаційний період становить 11–21 день. Елементи висипу розвиваються протягом 5 днів. Спочатку виникають плями (макули), вони швидко збільшуються в розмірі та піднімаються над поверхнею шкіри, утворюючи папули. Згодом у центрі елементів утворюється округлий пухирець. Пізніше пухирці набувають неправильної форми, краї стають фестончатими, починають підсихати і стають більш плоскими та поступово перетворюються на щільну буро-коричневу кірочку. Висип локалізується на будь-якій ділянці тіла, але частіше на тулубі і волосистій частині голови та супроводжується свербіжем [14, 15].

На відміну від вітряної віспи ентеровірусний везикулярний стоматит характеризується коротшим інкубаційним періодом, що становить 4–5 днів, та гострим початком з підвищення температури тіла до 37,5–38 °С, головного та м'язового болю й гіперемії ротогортла. Найчастіше захворювання виникає в результаті інфікування вірусом Коксакі А16, ентеровірусом 71, Коксакі А9 та еховірусами (ЕЧО) [16]. Особливостями висипу при цьому захворюванні є типове розташування. Везикулярні висипання в ротовій порожнині розташовані переважно на слизовій оболонці шік, яснах, губах, піднебінні та швидко трансформуються в ерозії. Висипання на шкірі зазвичай у вигляді підшкірних папуловезикул з віночком гіперемії. Висип частіше виникає на верхніх, ніж на нижніх кінцівках, на дистальних відділах рук і ніг, зокрема розгинальних поверхнях стоп і долонь, рідше — на проксимальних відділах кінцівок або сідницях і надзвичайно рідко — на геніталіях. Везикули зникають протягом тижня [17, 18].

Описані нами випадки являються наглядними прикладами того, як ураження слизових оболонок імітують типові прояви поширених інфекційних та неінфекційних хвороб. Наша робота корелює зі схожим дослідженням, у якому автори навели випадок ентеровірусної інфекції, спричиненої вірусом Коксакі А6, що нагадував вітряну віспу, у пацієнта в Японії [19].

Клінічна картина деяких захворювань настільки специфічна, що дозволяє при огляді слизової оболонки порожнини рота правильно встановити діагноз навіть без консультації дитячого інфекціоніста. Проведення диференціальної діагностики різних уражень слизової оболонки порожнини рота є важливим для лікарів будь-якої спеціальності, оскільки своєчасна точна оцінка стану може стати в нагоді для коректного призначення необхідних лабораторно-інструментальних засобів та запобігання діагностичним помилкам.

## Висновки

Ураження слизових оболонок ротової порожнини можуть імітувати прояви поширених інфекційних та неінфекційних хвороб. Тому диференціальна діагностика різних уражень слизової оболонки порожнини рота є надзвичайно важливою в різних галузях медицини та стоматології.

**Конфлікт інтересів.** Автори стверджують, що конфлікт інтересів під час виконання дослідження та написання статті відсутній.

**Інформація про фінансування.** Це дослідження та написання статті були здійснені без зовнішнього фінансування.

## References

1. Yao H, Zhang Q, Song Q, Liu M, Tang G. Characteristics of Oral Mucosal Lesions and Their Association With Socioeconomic Status and Systemic Health: A Cross-Sectional Study of Consecutively Collected Oral Medicine Clinic Data in a Remote Rural Area of China. *Front Public Health*. 2022 May 23;10:897814. doi: 10.3389/fpubh.2022.897814.
2. Dommisch H, Schmidt-Westhausen AM. The role of viruses in oral mucosal lesions. *Periodontol* 2000. 2024 Feb 27. doi: 10.1111/prd.12553.
3. Panchanadikar N, Balasubramanian S, Nirmal L, Haridoss S, Muthu MS. Management of oral mucosal lesions in salicylate sensitive stevens-Johnson syndrome - A case report. *Indian J Dent Res*. 2021 Oct-Dec;32(4):537-540. doi: 10.4103/ijdr.IJDR\_322\_20.
4. Mauri-Obradors E, Estrugo-Devesa A, Jané-Salas E, Viñas M, López-López J. Oral manifestations of Diabetes Mellitus. A systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2017 Sep 1;22(5):e586-e594. doi: 10.4317/medoral.21655.
5. Dalipi ZS, Dragidella F, Dragidella DK. Oral Manifestations of Exudative Erythema Multiforme in a Patient with COVID-19. *Case Rep Dent*. 2021 Aug 30;2021:1148945. doi: 10.1155/2021/1148945.
6. Singh A, Jindal AK, Pilia RK, Indla RT, Suri D, Singh S. Severe Lip Involvement in Kawasaki Disease: A Clinical Oddity. *J Clin Rheumatol*. 2020 Aug;26(5):e149-e150. doi: 10.1097/RHU.0000000000001046.
7. Kramar'ov SO, Nadraga OB, Buc OR, et al., authots; Kramar'ov SO, Nadraga OB, editors. *Infectious diseases in children*. 3rd ed. Kyiv: Medycyna; 2023. 279 p. Ukrainain.
8. Husada D, Kusdwijono, Puspitasari D, Kartina L, Basuki PS, Ismoedijanto. An evaluation of the clinical features of measles virus infection for diagnosis in children within a limited resources setting. *BMC Pediatr*. 2020 Jan 6;20(1):5. doi: 10.1186/s12887-020-1908-6.
9. Mohammadi F, Javaheri MR, Nekoeian S, Dehghan P. Identification of *Candida* species in the oral cavity of diabetic patients. *Curr Med Mycol*. 2016 Jun;2(2):1-7. doi: 10.18869/acadpub.cmm.2.2.4.
10. Daniel K, Greenberg RG, Boutzoukas A, Katakam L. Updated Perspectives on the Diagnosis and Management of Neonatal Invasive Candidiasis. *Research and Reports in Neonatology*. 2023;13:45-63. doi: 10.2147/RRN.S409779.
11. Lauritano D, Moreo G, Oberti L, et al. Oral Manifestations in HIV-Positive Children: A Systematic Review. *Pathogens*. 2020 Jan 31;9(2):88. doi: 10.3390/pathogens9020088.
12. Kerr AR, Ship JA. Management strategies for HIV-associated aphthous stomatitis. *Am J Clin Dermatol*. 2003;4(10):669-680. doi: 10.2165/00128071-200304100-00002.
13. Charles PD. Symptoms and signs of chickenpox vs. hand, foot, and mouth disease. Available from: [https://www.emedicinehealth.com/chickenpox\\_vs\\_hand\\_foot\\_and\\_mouth\\_disease/symptom.htm](https://www.emedicinehealth.com/chickenpox_vs_hand_foot_and_mouth_disease/symptom.htm).

14. Kramar'ov SO, Nadraga OB, Buc OR, et al., authors; Kramar'ov SO, Nadraga OB, editors. *Infectious diseases in children*. 3rd ed. Kyiv: Medycyna; 2023. 119 p. Ukrainain.

15. Chernyshova LI, Voloha AP, Bondarenko AV, et al., authors; Chernyshova LI, editor. *Infectious diseases in children*. 3rd ed. Kyiv: Medycyna; 2021. 303-304 p. Ukrainain.

16. Bubba L, Broberg EK, Jasir A, Simmonds P, Harvala H; Enterovirus study collaborators. Circulation of non-polio enteroviruses in 24 EU and EEA countries between 2015 and 2017: a retrospective surveillance study. *Lancet Infect Dis*. 2020 Mar;20(3):350-361. doi: 10.1016/S1473-3099(19)30566-3.

17. Shostakovich-Koretskaya LR, Budaeva IV, Gayduk TA, et al. Enterovirus infection: Hand-Foot-and-Mouth Disease (HFMD) in Ukraine. *Clinical infectology and parasitology*. 2017;6(2):185-192.

18. Ogboli MI. Hand-foot-and-mouth disease. *BMJ Best practice*. 2023 Aug 11. Available from: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/685>.

19. Miyamoto A, Hirata R, Ishimoto K, et al. An outbreak of hand-foot-and-mouth disease mimicking chicken pox, with a frequent association of onychomadesis in Japan in 2009: a new phenotype caused by coxsackievirus A6. *Eur J Dermatol*. 2014 Jan-Feb;24(1):103-104. doi: 10.1684/ejd.2013.2222.

Отримано/Received 30.04.2024

Рецензовано/Revised 09.06.2024

Прийнято до друку/Accepted 14.06.2024 ■

#### Information about authors

L.O. Palatna, PhD in Medicine, Associate Professor, Department of Pediatric infectious diseases, Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine; e-mail: doctorluda@ukr.net; <https://orcid.org/0009-0000-7118-508X>

I.V. Shpak, PhD in Medicine, Associate Professor, Department of Pediatric infectious diseases, Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine; e-mail: shpak\_iv@meta.ua; <https://orcid.org/0009-0006-9375-1234>

**Conflicts of interests.** Authors declare the absence of any conflicts of interests and own financial interest that might be construed to influence the results or interpretation of the manuscript.

**Information about funding.** This research and manuscript writing were conducted without external funding.

L.O. Palatna, I.V. Shpak

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

### Injuries of the oral mucosa. Clinical cases

**Abstract. Background.** Often with some infectious diseases, in addition to the typical manifestations, characteristic inflammatory changes are observed on the mucous membranes, which can imitate the course of other diseases. The purpose was to remind dentists and general practitioners about the importance of differential diagnosis of lesions of the oral mucosa in infectious and non-infectious pathologies on the example of clinical cases.

**Materials and methods.** We conducted an empirical, descriptive study of 3 clinical cases of lesions of the oral mucosa in children who underwent inpatient treatment at the Kyiv City Children's Clinical Infectious Hospital in 2023–2024. **Results.** In the first clinical case, the manifestation of type 1 diabetes was described,

which was accompanied by oral candidiasis that was previously regarded as a suspicion of measles. The second clinical case demonstrates aphthous ulcers in HIV infection, which was previously mistaken for acute tonsillitis in a child. The third case described enteroviral vesicular stomatitis, which by the nature of the elements resembled chicken pox. **Conclusions.** Lesions of the oral mucosa can mimic the manifestations of common infectious and non-infectious diseases. Therefore, differential diagnosis of lesions of the oral mucosa is extremely important in various fields of medicine and dentistry.

**Keywords:** mucous membrane; oral cavity; candidiasis; stomatitis; children