



**MINISTERSTWO TRANSPORTU,
BUDOWNICTWA i GOSPODARKI MORSKIEJ**
Państwowa Komisja Badania Wypadków Lotniczych

Dot. zdarzenia nr: 333/13

UCHWAŁA

Państwowej Komisji Badania Wypadków Lotniczych, w składzie:

Przewodniczący posiedzenia

Przewodniczący Komisji: dr inż. Maciej Lasek

Członek Komisji: dr inż. pil. Dariusz Frątczak

Członek Komisji: mgr inż. Bogdan Fydrych

Członek Komisji: mgr Tomasz Kuchciński

Członek Komisji: lic. Robert Ochwat

Członek Komisji: mgr inż. pil. Ryszard Rutkowski

Członek Komisji: dr inż. Stanisław Żurkowski

Po rozpatrzeniu na posiedzeniu w dniu 22 maja 2013 r., okoliczności zdarzenia lotniczego śmigłowca EC 135 P2+, które wydarzyło się w dniu 22 marca 2013 r. na lotnisku EPGL, działając w oparciu o **art. 5 ust. 3 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 996/2010 w sprawie badania wypadków i incydentów w lotnictwie cywilnym oraz zapobiegania im oraz uchylające dyrektywę 94/56/WE** (Dz. U. UE. L. z 2010 r., Nr 295, poz. 35), Państwowa Komisja Badania Wypadków Lotniczych przyjęła ustalenia użytkownika i podjęła decyzję o zakończeniu badania.

Przebieg i okoliczności zdarzenia:

Dowódca załogi wykonał start z podpiętymi do płóz śmigłowca kołami do manewrowania na ziemi oraz leżącymi na nartach, metalowymi dźwigniami ręcznymi od podnośników hydraulicznych. Lot do miejsca przeznaczenia przebiegł zgodnie z planem. Po przylocie w rejon wypadku, pilot wykonał kilka zakrętów w celu odnalezienia miejsca zdarzenia, ze względu na niedokładne wprowadzenie współrzędnych miejsca wypadku do GPS. Po rozpoznaniu miejsca zdarzenia i wyborze lądowiska, które zabezpieczała straż pożarna, wykonał lądowanie. Po przyziemieniu pozostawił śmigłowiec w położeniu „lekki na płozach” i wydał ratownikowi polecenie opuszczenia pokładu śmigłowca w celu wykonania przeglądu lądowiska. W czasie wykonywania tych czynności ratownik zauważył podpięte do lewej płozy śmigłowca koło do manewrowania na ziemi oraz leżącą na narcie metalową dźwignię ręczną od podnośnika hydraulicznego, o czym niezwłocznie powiadomił dowódcę śmigłowca, który wówczas zorientował się, że przed startem nie zostały zdemontowane koła do manewrowania na ziemi. Pilot przemieszczając dźwignię skoku i mocy do dołu wykonał lądowanie w miejscu przyziemienia i wyłączył silniki śmigłowca. Po wylądowaniu i wyłączeniu silników dowódca śmigłowca przy pomocy strażaków zabezpieczających lądowisko, odłączył koło do manewrowania na ziemi od lewej płozy śmigłowca i zabrał na pokład, zabezpieczając je pasami przed przemieszczeniem się. W locie powrotnym do EPGL, załoga podjęła próbę

odnalezienia miejsca upadku zgubionego koła do manewrowania na ziemi, z powietrza – bez rezultatu. Lądowanie w bazie odbyło się bez następstw. Dowódca śmigłowca zgłosił zdarzenie zgodnie z obowiązującym w Zakładzie system raportowania. W bazie wykonano przegląd polotowy, podczas którego nie stwierdzono żadnych odstępstw od stanu technicznego śmigłowca. Ponadto wykonano sprawdzenie zapisów systemu monitorowania zużycia UMS/PGS, podczas których stwierdzono przekroczenie podczas lądowania na miejscu zdarzenia momentu masztu (MMO), którego maksymalna wartość osiągnęła 66,8% przez 2 sekundy. Skumulowany czas przekroczenia MMO mieścił się w dopuszczalnym limicie i nie miał wpływu na zdatność śmigłowca do lotu.

Przyczyna zdarzenia:

Nieprzestrzeżenie procedur operacyjnych zawartych w:

- Instrukcji Operacyjnej, FOM-A-14-05-00, pkt 6.2.11 i 6.2.12;
- Standaryzacji czynności załogi HEMS, SOP-125-HV-04, pkt 12;
- Procedurze wyhangarowania, hangarowania i holowania statków powietrznych w Zakładzie, ON 01/10;
- Załączniku nr 2, Indywidualne uzupełnienia procedury wyhangarowania, hangarowania i holowania statków powietrznych w Filii Gliwice.

Okoliczności sprzyjające:

Okolicznościami sprzyjającymi zaistnieniu incydentu były:

- warunki atmosferyczne;
- deficyt czasu;
- chęć wykonania zadania za wszelką cenę;
- skorzystanie z pomocy podczas wyhangarowania śmigłowca z nieprzeszkolonego w tym zakresie członka załogi.

Działania podjęte przez użytkownika:

- Zapoznanie ze zdarzeniem personelu operacyjnego Zakładu oraz opisanie incydentu w kolejnym Biuletynie Informacyjnym BL. W ramach prowadzonych z personelem operacyjnym szkoleń okresowych, omawianie zdarzenia jako negatywnego przykładu działania załogi dyżurnej przed startem do lotu ratowniczego.

Po zakończeniu badania Komisja nie sformułowała zaleceń dotyczących bezpieczeństwa.

Nadzorujący badanie

dr inż. pil. Dariusz Frątczak *podpis na oryginale*