

83

**KOMUNIKAT NR 44
PREZESA URZĘDU LOTNICTWA CYWILNEGO**

z dnia 7 lipca 2010 r.

w sprawie zdarzenia lotniczego Nr 849/08

Na podstawie § 31 ust. 2 rozporządzenia Ministra Transportu z dnia 18 stycznia 2007 r. w sprawie wypadków i incydentów lotniczych (Dz. U. z 2007 r. Nr 35, poz. 225), w związku z zarządzeniem nr 14 Prezesa Urzędu Lotnictwa Cywilnego z dnia 14 grudnia 2006 r. w sprawie wprowadzenia klasyfikacji grup przyczynowych zdarzeń lotniczych (Dz. Urz. ULC z 2006 r. Nr 10, poz. 43) ogłasza się, co następuje:

1. Wypadek lotniczy, który wydarzył się w dniu 11 listopada 2008 r., na szybowcu SZD-50-1 Junior, na którym lot wykonywał pilot szybowcowy, lat 43, klasyfikując do kategorii:

„Czynnik ludzki”

w grupie przyczynowej: „Niezdolność – H5”.

2. Opis okoliczności wypadku:

Pilot przybył na lotnisko w Jeleniej Górze (EPJG) z zamiarem wykonania lotu na fali. Pomimo zaliczonego przygotowania do lotów falowych instruktor udzielił pilotowi szczegółowego instruktażu, dotyczącego lotu na falę i sprawdził jego przygotowanie w zakresie obsługi aparatury tlenowej TA-03-A. Przy sprawdzeniu stanu tlenu w butli szybowca okazało się, że wskazówka manometru znajduje się na granicy łuku żółtego i zielonego. Przetoczono szybowiec pod hangar samolotowy w celu uzupełnienia tlenu. Instalacja tlenowa została napełniona tak, że wskazówka manometru znajdowała się w położeniu około 5 mm od końca zielonego łuku. Przed samym startem instruktor odkręcił zawór butli tlenowej zabudowanej w kadłubie szybowca. Pilot sprawdził przepływ tlenu, otwierając zawór główny (regulacyjny) aparatury tlenowej tak, że wskazówka przepływomierza znajdowała się między cyframi 6 i 8, a następnie zakręcił zawór główny i potwierdził sprawność aparatury.

Start za samolotem nastąpił o godzinie 09.48 UTC. O godzinie 11.32.46 pilot osiągnął wysokość 6286 m. W tym czasie instruktor nadzorujący lot ze startu wywoływał przez radiostację „Junior Alfa Golf” (numer startowy szybowca), chcąc otrzymać jakąś informację o jego pozycji i wysokości. Dopiero po

kilkakrotnym wywołaniu pilot Juniora odpowiedział, potwierdzając noszenie ok. 0,5 m/s. O godzinie 12.01.34 szybowiec osiągnął największą wysokość w tym locie, tj. 6350 m, pozostając na tej wysokości, wykonał okrążenie w prawo. Wtedy zaobserwował u siebie pewną „osowiałość” i jak zeznał „... postanowiłem zwiększyć przepływ tlenu ustawiając zaworem głównym wskazówkę przepływomierza do pozycji 6 – 8, oraz oceniłem także zapas tlenu jako wystarczający, manometr wskazywał ok. połowy” (wskazówka na granicy zielonego żółtego pola). W tym czasie pilot usłyszał korespondencję, że inny pilot Juniora osiągnął już wysokość 6400 m i zniżył się do lądowania, po osiągnięciu przewyższenia. Pilot chciał osiągnąć podobną wysokość tak, aby mieć pewne przewyższenie 5000 m, otworzył więc zawór awaryjny instalacji tlenowej wykonując kilka szybkich głębokich wdechów, ale nie zauważył poprawy samopoczucia. Zamknął więc zawór awaryjny, a następnie całkowicie go otworzył i szybko chciał obniżyć wysokość lotu, ale wtedy utracił świadomość. Według zapisu rejestratora, o godz. 12.03, lot szybowca stał się niestabilny, pojawiły się wahania prędkości poziomej i pionowej, nawet w locie po prostej. Opadanie szybowca gwałtownie wzrastało i szybowiec po wykonaniu ciasnego zakrętu w lewo przeszedł do niekontrolowanego nurkowania. O godz. 12.07.23 prędkość opadania szybowca, na wysokości 4548 m, osiągnęła 107,2 m/s. Wtedy od konstrukcji odpadło prawe skrzydło. Szybowiec nadal opadał, a pilot pozostawał bez świadomości. Po pewnym czasie pilot odzyskał świadomość i na kilka sekund przed upadkiem szybowca na ziemię opuścił kabinę ratując się na spadochronie. Szybowiec zderzył się z ziemią w zalesionym górzystym terenie ulegając całkowitemu zniszczeniu. Pilot wylądował na spadochronie w odległości ok. 60 m od szczątków szybowca, ale czasza spadochronu zawisała na kilkunastometrowej brzozie tak, że pilot nie miał kontaktu z ziemią. Telefonem komórkowym powiadomił o wypadku instruktora, który zorganizował akcję poszukiwawczą. Pilota i wrak szybowca zlokalizowano po ok. 30 min., strażacy uwolnili go i przekazali pogotowiu ratunkowemu. Lekarz nie stwierdził obrażeń, ale ze względu na charakter zdarzenia przewieziono pilota do szpitala na obserwację.

Państwowa Komisja Badania Wypadków Lotniczych zwana dalej „PKBWL”, w trakcie prowadzenia badania ustaliła, że :

- dowódca statku powietrznego, pilot szybowcowy, miał ważne badania L-L; aktualne badania w komorze niskich ciśnień, ważne KTP i KWT;
- pilot był w ciągłym treningu i posiadał uprawnienia do lotów wysokościowych;
- działania pilota zarówno w trakcie przygotowania sprzętu do lotu wysokościowego, jak i w czasie lotu wykazały nieznaną nieznaną warunków eksploatacji szybowcowej aparatury tlenowej TA-03-A;
- niewłaściwe prowadzenie dokumentacji szybowca i zamontowanej na nim aparatury uniemożliwia kontrolę czasu pracy aparatury tlenowej;
- aparatura tlenowa zainstalowana na szybowcu była eksploatowana przez kilkanaście lat bez sprawdzania jej stanu i sprawności w specjalistycznych laboratoriach;
- szybowiec był dopuszczony do lotu wysokościowego przez służbę techniczną mimo braku jednej z dwóch śrubek mocujących skrzydełko (pokrętko) zaworu awaryjnego na osi, co stanowiło realne zagrożenie bezpieczeństwa pilota;
- szybowiec był dopuszczony do lotów przez państwowy nadzór lotniczy mimo braku istotnych zapisów w dokumentacji zabudowanej aparatury tlenowej;
- sposób użycia zaworu awaryjnego regulatora tlenu, zalecany przez wytwórcę i opisany w instrukcji dla pilotów, stanowi potencjalne zagrożenie dla użytkownika i może doprowadzić do uszkodzenia przepływowierza oraz rozszczelnienia aparatury tlenowej;
- na tabliczce znamionowej regulatora tlenu określono typ jako TA-03, natomiast pozostała dokumentacja opiewa na typ TA-03-A;
- we wtórniku metryki aparatury, numer seryjny (fabryczny) 7612060 został rozszerzony przez dodanie po ukośniku liczby 7487;
- na obudowie regulatora tlenu zabudowanego w szybowcu znajdował się nieaktualny napis ostrzegawczy „*Zły zawór awaryjny nie otwierać*”;
- szybowiec miał ważne poświadczenie przeglądu zdadności do lotu.

3. Przyczyna wypadku lotniczego:

PKBWL ustaliła, że przyczyną wypadku była niewłaściwa eksploatacja aparatury tlenowej w czasie lotu wysokościowego, polegająca na:

- prawdopodobnym wykonywaniu długotrwałego lotu na wysokości powyżej 4000 m n.p.m., przy zamkniętym zaworze regulacyjnym;
- braku obserwacji przepływowierza w czasie lotu, w wyniku czego pilot nie korygował otwarcia zaworu regulacyjnego co 500 m naboru wysokości;
- szybkiego otwarcia zaworu awaryjnego, przy zamkniętym zaworze regulacyjnym, co doprowadziło do uszkodzenia przepływowierza, rozszczelnienia instalacji tlenowej, niedotlenienia organizmu pilota, wynikiem czego była utrata świadomości i kontroli nad lotem.

4. Zalecenia profilaktyczne PKBWL:

- 4.1. Sprawdzić prawidłowość prowadzenia dokumentacji i obsługi technicznej aparatur tlenowych typu TA-03-A będących w eksploatacji. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości Komisja zaleca wstrzymanie eksploatacji w/w aparatury do czasu usunięcia nieprawidłowości.
- 4.2. Rozważyć wprowadzenie okresowej kontroli poprawności działania aparatury tlenowej TA-03-A przez upoważniony podmiot, niezależnie od obowiązującego resursu technicznego.

5. Zalecenia profilaktyczne Prezesa Urzędu Lotnictwa Cywilnego:

- 5.1. Inspektorzy nadzoru bieżącego Delegatur Terenowych Urzędu Lotnictwa Cywilnego, w terminie do 31 sierpnia 2010 r., przeprowadzą kontrolę prawidłowości prowadzenia dokumentacji i obsługi technicznej aparatur tlenowych typu TA-03-A będących w eksploatacji.
- 5.2. Prezes Urzędu Lotnictwa Cywilnego zwraca się z prośbą do użytkowników szybowców wyposażonych w instalację tlenową, o nadsyłanie propozycji określenia sposobu ewidencjonowania: czasu użytkowania, prac okresowych oraz przeglądów aparatury tlenowej (niezależnie od typu użytkowanej aparatury).

Prezes Urzędu Lotnictwa Cywilnego
Grzegorz Kruszyński