



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

**Dot. zdarzenia nr: 1412/11**

## **UCHWAŁA**

**Państwowej Komisji Badania Wypadków Lotniczych, w składzie:**

Zastępca Przewodniczącego Komisji:	mgr inż. Andrzej Pussak
Zastępca Przewodniczącego Komisji:	mgr inż. Jacek Jaworski
Członek Komisji:	dr inż. Dariusz Frątczak
Członek Komisji:	mgr inż. Ryszard Rutkowski
Członek Komisji:	mgr inż. Piotr Lipiec
Członek Komisji:	mgr inż. Tomasz Makowski

W dniu 18 grudnia 2012 r, podczas posiedzenia Komisja rozpatrywała przedstawione przez Operatora, wyniki przeprowadzonego badania zdarzenia lotniczego samolotu BOEING B737-400, które wydarzyło się w dniu 03 listopada 2011 r., podczas lotu w rejonie CTR EPWA. 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 wyżej wymienionego podmiotu i podjęła decyzję o zakończeniu badania.

### **Opis okoliczności zdarzenia lotniczego:**

W dniu 03.11.2011r o godzinie 18:15 UTC samolot typu BOEING B737-400 rozpoczął kołowanie do pasa 33, celem wykonania rejsu na trasie WAW-BRU. Podczas startu na wysokości ok. 100ft, nastąpiło otwarcie lewego okna kabiny pilotów. Załoga przerwała procedurę standardowego odlotu. Wznoszenie zostało zatrzymane na wysokości około 2500ft oraz został wykonany zakręt o 180 stopni w lewo na kierunek ok. 155 stopni, celem natychmiastowego lądowania w WAW. Hałas z otwartego okna kabiny, uniemożliwił łączność radiową pilotów z kontrolą ruchu lotniczego oraz załogą kabinową. Załoga poinformowała ATC o niemożliwości odbioru korespondencji. Po wykonaniu zakrętu do końcowego podejścia na pas 33 oraz skonfigurowaniu samolotu do lądowania, kapitan zdołał zamknąć okno, co przywróciło dwustronną łączność radiową. Cały lot odbył się przy wypuszczonym podwoziu oraz klapach w pozycji 5. Lądowanie wykonano o godz. 18:47 UTC, w konfiguracji z klapami 30. Zaalarmowana została Lotniskowa Straż Pożarna, która asystowała przy lądowaniu samolotu. Po zakołowaniu na stanowisko postojowe, załoga przekazała samolot obsłudze technicznej. Po ustaleniu przyczyn usterek, wykonaniu odpowiednich czynności obsługowych oraz testów, służba techniczna dopuściła samolot do dalszej eksploatacji. Kolejny rejs wystartował ponownie o godzinie 19:54 UTC i został zakończony na tym samym samolocie oraz w tym samym składzie osobowym załogi.

Ustalenia:

- Po udaniu się na płytę postojową i po wykonaniu przeglądu W/A (Walk Ground), kapitan zastał w kabinie samolotu służby techniczne, które usuwały usterki wpisane w LDP60 przez załogę z poprzedniego rejsu. Usterką była niesprawność Autopilota, „B”. Aby usunąć niesprawność mechanik zastosował procedurę w/g., AMM 22-11-34-501, która wymagała otworzenia luku awionicznego.
- Podczas kołowania do startu, pojawiła się chwilowa sygnalizacja EQUIP i MASTER CAUTION na paneli ostrzegawczej. Załoga przeprowadziła sprawdzenie sygnalizację za pomocą przycisku RECALL. Nie znajdując potwierdzenia usterki, zignorowała ostrzeżenie uważając je za fałszywe.
- Podczas startu, po około 20 sekundach od oderwania samolotu, pojawiła się sygnalizacja „MASTER CAUTION” i nastąpiło otwarcie okna nr 2 po stronie Kapitana. F/O będący P/F stwierdził świecenie się sygnalizacji EQUIP na paneli ostrzegawczej, która sygnalizuje otwarcie luku awionicznego.
- Kapitan po nieudanej próbie zamknięcia okna, nakazał pilotowi lejącemu zatrzymać wznoszenia na wysokości 2500 stóp oraz wykonać procedurę lotu po kręgu do natychmiastowego lądowania. Lot został wykonany w konfiguracji z wypuszczonym podwoziem i klapami w pozycji 5 oraz w warunkach z widocznością ziemi.
- Po wykonaniu końcowego zakrętu i skonfigurowaniu samolotu do lądowania, kapitan zdołał zamknąć okno i przywrócona została dwustronna łączność radiowa. Lądowanie przebiegło bez zakłóceń w asyście Lotniskowej Straży Pożarnej.
- Warunki meteorologiczne na lotnisku w WAW, w momencie zaistnienia incydentu pozwalały na bezpieczne wykonanie lądowania. W dokumentacji lotu znajduje się depesza METAR, zawierająca następującą informację: kierunek wiatru zmienny 2kts, widzialność ogólna 200m, widzialność na kierunku SE 1800m, widzialność na pasie startowym 33 pomiędzy 200 a 475m, mgła w płatach, brak znaczących chmur, nadchodzi: widzialność 800m, mgła.
- Wyżej wymienione warunki meteo były gorsze od wymaganych minimów do lądowania w WAW, które to minima wynoszą: dla samolotów kategorii „C”- podstawa chmur 133 stopy widzialność 400m. Z zapisu korespondencji radiowej otrzymanej z PAŻP wynika, że zjawisko mgły występowało miejscowo.
- W takiej sytuacji, gdzie załoga pozostaje w VMC a usterka jest na tyle poważna, iż wymaga niezwłocznego lądowania, postępowanie załogi należy uznać, jako prawidłowe.
- Po zakołowaniu samolotu na płytę postojową mechanicy stwierdzili nieodpowiednio zamknięty przedni luk techniczny, oraz niesprawną sygnalizację monitorującą poprawność jego zamknięcia.
- Mechanizm zamykania lewego okna kabiny pilotów został nasmarowany oraz sprawdzono poprawność działania.
- Zgodnie z AMM 52-71-42P201-203 REV 74, wykonano czyszczenie włącznika S197, odpowiedzialnego za sprawność sygnalizacji. Przeprowadzono testy, oraz dopuszczono samolot do lotu na podstawie LOT MEL: 52-31: DOOR WARNING LIGHT SYSTEM CONSIDERED AS INOPERATIVE, NOTE: VERIFY ALL DOORS ARE CLOSED AND LOCKED BEFORE DEPARTURE.

#### **Przyczyna incydentu lotniczego:**

1. Nie ustalono przyczyny otwarcia okna kabiny samolotu. Obsługa techniczna dokonała smarowania zamków okna, jednak nie stwierdzono żadnych usterek lub niesprawności.

2. Przyczyną otwarcia luku awionicznego było jego nieprawidłowe zamknięcie przez mechanika obsługi technicznej, spowodowane pośpiechem oraz wykonywaniem czynności obsługowych w 13h pracy.
3. Usterka sygnalizacji zamknięcia luku, uniemożliwiła wychwycenie nieprawidłowości przez załogę lotniczą podczas rutynowych testów kabiny przed startem.
4. Otwarty luk awioniczny nie pozwolił na zaizolowanie się kabiny samolotu.
5. Hałas z otwartego okna uniemożliwiający jakąkolwiek komunikację zarówno radiową z ziemią jak i pomiędzy poszczególnymi członkami załogi w kabinie pilotów, zmusił załogę do natychmiastowego lądowania na lotnisku startu..

**Zastosowane środki profilaktyczne:**

Działania podjęte przez Operatora.

1. Incydent został omówiony z załogami lotniczymi podczas okresowego szkolenia pilotów w sezonie 2011/2012.
2. Raport z przeprowadzonego badania zostanie przekazany do Biura Szkolenia Operatora oraz organizacji obsługowej celem wykorzystania podczas okresowego szkolenia personelu lotniczego, pokładowego oraz technicznego w sezonie 2012/2013.
3. Odrębne zalecenia profilaktyczne w organizacji obsługowej zostały zawarte w Zgłoszeniu Zdarzenia Technicznego:
  - Omówiono zdarzenie z zainteresowanym personelem biorącym udział w zdarzeniu
  - Skierowano obu pracowników biorących udział w zdarzeniu na dodatkowe szkolenie z zakresu czynnika ludzkiego oraz obowiązujących procedur MOE, które odbyło się w dniu 08.11.2011r.
  - Przekazano informację o w/w zdarzeniu do działu szkolenia celem omówienia podczas szkoleń okresowych.

Komisja nie formułowała **zaleceń bezpieczeństwa lotów.**

Nadzorujący badanie:

mgr inż. Piotr Lipiec *podpis na oryginale*